

Protection, services, accompagnement social

Ce qu'il faut retenir sur votre contrat santé

Guide des adhérents de l'AMAE



L'Association pour une Mutuelle des Anciens de l'Emploi (AMAE) a souscrit auprès de Malakoff Humanis Mutuelle un contrat collectif frais de santé destiné à ses adhérents.

Vous avez choisi d'adhérer à cette complémentaire santé responsable.

Elle 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.

UN VRAI PLUS POUR BIEN VOUS SOIGNER !

Les avantages de la complémentaire santé collective souscrite par l'AMAE

L'AMAE privilégie plusieurs critères :

- une cotisation identique quel que soit l'âge de l'adhérent, ancrée sur la solidarité dans la mesure où elle est définie suivant les revenus ;
- un accès au contrat sans questionnaire de santé, ni délai de carence ;
- des garanties adaptées aux besoins des adhérents, orientées sur la médecine au quotidien.

La souscription d'un contrat collectif permet une mutualisation des risques, à l'avantage des adhérents.

Les frais de gestion appliqués au contrat, à savoir 13%, sont inférieurs à ceux prévus pour des contrats individuels (pour lesquels ils représentent en moyenne 15% à 20% de la cotisation totale).

Les conditions du contrat sont négociées entre Malakoff Humanis et l'AMAE, et pour assurer sa pérennité dans le temps le régime est piloté afin de préserver l'équilibre entre les cotisations perçues et les remboursements versés.

Dans ce contexte, les indicateurs de gestion et résultats techniques sont présentés chaque année par Malakoff Humanis à l'Assemblée Générale de l'AMAE. Les préconisations de renouvellement souhaitées par Malakoff Humanis sont débattues, et c'est avec l'accord de l'Assemblée Générale que les cotisations pour l'année suivante sont déterminées.

A NOTER ! : les couvertures individuelles offrent des garanties standardisées.

Les cotisations sont la plupart du temps fonction de l'âge : elles augmentent à mesure que l'assuré vieillit, sans réelle lisibilité au moment de l'adhésion.

Les cotisations font l'objet d'augmentations plus imprévisibles dans la mesure où l'organisme assureur impose chaque année l'évolution qu'il souhaite (indexation ou taux directeur). Il n'y a pas de négociation possible.

Ainsi sur le long terme, bénéficiaire d'une complémentaire santé collective telle que celle proposée par l'AMAE peut représenter une économie substantielle pour ses adhérents, tout en lui apportant une sécurité de couverture.

POUR UNE TRANQUILLITÉ D'ESPRIT DURABLE !

Qui peut bénéficier de la complémentaire santé proposée par l'AMAE ?

Cette complémentaire santé est destinée aux seuls adhérents de l'AMAE (anciens du Travail, de l'Emploi, de la Formation, et de l'Insertion).

Ne pas être à jour de la cotisation annuelle auprès de l'AMAE expose à une radiation du contrat par Malakoff Humanis.

Les adhérents de l'AMAE déterminent librement et à tout moment les ayants droit qu'ils souhaitent affilier.

Pour les adhérents affiliés avant le 1^{er} juillet 2014 :

L'AMAE a choisi une structure d'adhésion : adhérent seul / 2 adhérents / 3 adhérents / Famille.

Pour les adhérents affiliés après le 1^{er} juillet 2014 :

L'AMAE a choisi une structure d'adhésion : adhérent seul / 1 adhérent + 1 personne à charge / 1 adhérent + 2 personnes à charge et plus.

Vous pouvez vous affilier avec une ou plusieurs personnes à charge parmi vos enfants à charge et vos ascendants à charge tels que définis dans la Notice d'Information.

A NOTER ! : pour les adhérents affiliés après le 1^{er} juillet 2014, votre conjoint ne peut pas être ayant droit. Il doit adhérer à l'AMAE pour bénéficier de cette complémentaire santé.

Quelles sont les démarches pour vous affilier ?

Vous devez être adhérent à l'Association pour une Mutuelle des Anciens de l'Emploi (AMAE).

Vous remplissez et signez un bulletin individuel d'adhésion en indiquant vos éventuels ayants droit.

Pièces à joindre à votre bulletin d'adhésion :

- La photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale
- Votre dernier avis d'imposition pour déterminer la cotisation
- L'autorisation de prélèvement / le Mandat de prélèvement SEPA
- Un relevé d'identité bancaire (RIB)
- Le cas échéant, la photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale des bénéficiaires (enfants, ascendants à charge), accompagnée des pièces justifiant leur situation mentionnée dans la notice d'information (paragraphe « Quelles sont les pièces nécessaires à l'inscription ? »)

Vous envoyez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à :

AMAE

71, Boulevard de Brandebourg

94200 IVRY SUR SEINE

Tél. 01 89 38 50 04 (permanence les lundis, mardis et mercredis)

Mail : amae.mutuelle@gmail.com

L'AMAE se chargera de faire parvenir le bulletin individuel d'adhésion à Malakoff Humanis Mutuelle.

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.

Dans l'éventualité où la mention « transmis à votre organisme complémentaire » ne figurerait pas sur vos décomptes Sécurité Sociale, contactez-nous au :



03 80 28 25 53

du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h.

Comment est déterminée votre cotisation mensuelle ?

L'AMAE a négocié pour vous avec MALAKOFF HUMANIS un contrat collectif dans l'esprit d'une couverture mutualiste et solidaire.

Pas d'augmentation de cotisation en fonction de l'âge. Le contrat prévoit 9 tranches de cotisations, suivant les revenus.

Le montant de la cotisation est déterminé à partir du montant des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition.

Pour les nouveaux retraités, une cotisation provisoire est fixée.

Son montant correspond à 2 tranches de revenus en dessous de celle calculée d'après son avis d'imposition.

Le montant définitif est calculé sans effet rétroactif à la réception par l'AMAE de la nouvelle notification d'impôts reprenant les revenus de retraite sur 12 mois.

Pour les adhérents non retraités, l'avis d'imposition est demandé tous les ans. À défaut de fournir cette notification, le montant maximum (tranche 9) est appliqué.

Retrouvez chaque année les différents montants de cotisations sur le site Internet de l'AMAE.

A NOTER ! : La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS) qui est fixé règlementairement au 1^{er} janvier de chaque année. À titre indicatif, la valeur du PMSS en 2025 est de 3 925 €.

Mieux comprendre vos remboursements

Votre tableau de garanties intègre certaines abréviations. Nous vous donnons ici quelques clés de lecture pour mieux comprendre vos remboursements.

Ce que vous payez



« DE » :
Dépense
engagée

Qui vous rembourse quoi ?

« **Dépassements d'honoraires** » :
Montant **remboursé**
par **Malakoff Humanis**
en fonction de vos garanties

« **TM** » : **Ticket modérateur** :
Montant **remboursé**
par **Malakoff Humanis**

« **RO** » : **Régime obligatoire** :
Montant **remboursé**
par la **Sécurité sociale**



Retrouvez chaque année les différents barèmes de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur sur le site Internet Améli.fr

A NOTER : Ces 2 montants correspondent à la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR). Ils sont fixés par avance par la Sécurité sociale pour chaque type de soins.

Les remboursements qui suivent dans les pages suivantes interviennent en complément du remboursement la Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés.

Que couvrent vos garanties

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 €	

* 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.

(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 définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.)

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

Que couvrent vos garanties

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*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS
	chez un spécialiste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS
	Actes techniques médicaux Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS
	Actes d'imagerie médicale Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	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	

* 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.

Que couvrent vos garanties

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)	100 %BRSS
	Cures thermales Remboursées par la Sécurité sociale	
	Honoraires et traitement thermal	100 %BRSS
	Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	10 %PMSS
	Cures thermales Non remboursées par la Sécurité sociale	
	Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel	8 %PMSS
	Médicaments	
	Médicaments remboursés à 65% - 30 % - 15%	100 %TM
	Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (12)	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, étiopathie 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	

(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.

(12) Médicaments délivrés par des pharmacies d'officine et pharmacies autorisées à vendre sur internet telles que répertoriées par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search. Médicaments identifiables par leurs taux de TVA : 2,1%, 5,5% ou 10%. Les produits vendus en pharmacie au taux de 20% ne relèvent pas de la garantie.

(9) Sur présentation d'une facture originale mentionnant selon le cas le numéro de SIRET et RPPS du professionnel non remboursé 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)

Que couvrent vos garanties

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 €

** 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.

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

(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 (TM pour les soins dentaires)



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 détails à la page « Zoom sur le 100% santé ».

Que couvrent vos garanties

OPTIQUE - ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer au contrat et la notice d'information	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	

** 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.

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

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

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



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 détails à la page « Zoom sur le 100% santé ».

Que couvrent vos garanties

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

** 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.

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

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



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 détails à la page « Zoom sur le 100% santé ».

Que couvrent vos garanties

Votre complémentaire santé rembourse aussi la totalité du ticket modérateur pour certains actes de prévention.

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.

Que couvrent vos garanties

Qu'est-ce qui n'est pas pris en charge par votre contrat ?

- Les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention dans le tableau de garanties.
- Les soins reçus avant la date d'effet du contrat ou celle de votre adhésion.
- Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.
- La participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soin prévues par le Code de la sécurité sociale.
- En cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et médicaux tels que : téléphone, télévision, boissons.
- Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé.
- **Cette liste n'est pas exhaustive. Vous pouvez consulter l'ensemble des exclusions dans la Notice d'Information.**

Où êtes-vous couvert (e) ?

- En France métropolitaine
- A l'étranger à la triple condition :
 - que les soins aient été occasionnés lors d'un déplacement de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale,
 - d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
 - d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Bon à savoir !

Malakoff Humanis prend en charge les soins engagés à partir de la date de mise en place du contrat ou de votre adhésion. C'est la date figurant sur le décompte de la Sécurité sociale qui fait foi.

En cas de soins effectués sur une période glissante, comme de l'orthodontie ou une cure thermale, la date prise en compte est celle de la facturation figurant sur le décompte Sécurité sociale.

Comment être remboursé(e) au mieux ?

Pour être remboursé(e) au mieux, c'est simple :

1 - Pensez à déclarer votre médecin traitant

Cette déclaration de choix du médecin traitant peut s'effectuer en ligne lors de la consultation si le médecin vous le propose et avec votre accord.

C'est simple et rapide : votre déclaration de choix de médecin traitant est enregistrée immédiatement par votre caisse d'Assurance Maladie (CPAM)

Vous pouvez également télécharger le [formulaire](#) puis l'adresser par courrier à votre CPAM.

2 - Respectez le parcours de soins

Passez toujours en première intention par votre médecin traitant (sauf exceptions ci-dessous)

la Sécurité sociale appliquera une pénalité sur vos remboursements que Malakoff Humanis ne pourra prendre en charge

Cas dans lesquels le parcours de soins est respecté sans consulter votre médecin traitant :

- Pour vos enfants de moins de 16 ans,
- Pour les services d'urgence,
- Pour les consultations de certains spécialistes comme : les ophtalmologues, les chirurgiens-dentistes, les gynécologues.
- En cas d'indisponibilité ou d'éloignement de votre lieu de résidence habituel,
- Pour les accidents de travail ou les maladies professionnelles.

Lexique pour mieux comprendre vos garanties

CONTRAT RESPONSABLE : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de sante qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes règlementaires d'application.

FRANCHISE (*) : Somme déduite par la Sécurité sociale - et non prise en charge par le contrat responsable - des remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. La franchise n'est pas remboursée par votre contrat.

PARTICIPATION FORFAITAIRE (*) :

1. Participation forfaitaire : Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable, dû par un assuré social pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par votre contrat.

2. Participation forfaitaire « actes lourds » : Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par votre contrat.

(*) Pour connaître le montant des franchises ou participations forfaitaires, consultez le site Internet.Ameli.fr

SECTEUR CONVENTIONNE : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale.

SECTEUR NON CONVENTIONNE : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

OPTAM (OPTION DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE) : 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.

HORS OPTAM : Hors Option pratique tarifaire maitrisée.

Lexique pour mieux comprendre vos garanties

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale. Tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site ameli.fr.

TM : Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. C'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par celle-ci, à l'exclusion des pénalités financières, de la participation forfaitaire et des franchises médicales.

FR : Frais réels = **DE** : dépenses engagées.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond est revu chaque année au 1er janvier. À titre indicatif, la valeur du PMSS en 2025 est de 3 925 €.

RESTE A CHARGE : part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale et du contrat.

MÉDECINES ADDITIONNELLES ET DE PRÉVENTION :

Prise en charge des actes indiqués dans le tableau des garanties. Ils doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France. Le référentiel RPPS est l'unique référentiel national des professionnels intervenant dans le système de santé. Chaque professionnel de santé dispose d'un numéro RPPS, qui doit figurer sur la facture afin que votre consultation puisse être prise en charge.

MON SOUTIEN PSY : Votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique effectuées dans le cadre du dispositif de la Sécurité sociale « Mon soutien psy ».

TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique : votre contrat prévoit la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour ces actes remboursés par la Sécurité sociale.

Zoom sur le 100% Santé

C'est le remboursement intégral de certains soins dans les domaines de l'optique, de l'audition et du dentaire.



Dentaire

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins prothétiques.

1 - Panier 100 % SANTÉ

avec aucun reste à charge sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes.

2 - Panier TARIFS MAÎTRISÉS

remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties.

3 - Panier TARIFS LIBRES

permet de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

A SAVOIR

Une sélection de couronnes, inlays-core et bridges est proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).

Également des prothèses amovibles en résine qui viennent compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».



Audio

Vous avez le choix parmi deux équipements auditifs :

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 qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.

2 - Panier TARIFS LIBRES (CLASSE II)

dont l'équipement est remboursé selon les conditions fixées au tableau de garanties et qui respecte le plafond 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.

ATTENTION

Le renouvellement d'une aide auditive est possible tous les 4 ans.



Optique

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. Cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100 % santé.

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 les limites définies au tableau de garanties. 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.

Pensez à réaliser un devis !

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

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

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 1^{er} janvier 2025.

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	20,00 €	Non pris en charge	Non pris en charge	100% FR	20,00 €	0,00 €
Frais de séjour (ex pour 6 jours en établissement conventionné)	5 967,30 €	5 967,30 €	4 893,84 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	1 073,46 €	0,00 €
Honoraires de chirurgie (établissement conventionné)				100% FR dans la limite de 200% BRSS		
Praticien adhérent OPTAM	570,63 €	220,63 €	220,63 €	100% TM + 100% BR SS	350,00 €	0,00 €
Praticien non adhérent OPTAM	570,63 €	220,63 €	220,63 €		220,63 €	129,37 €
Chambre particulière - ambulatoire	40,00 €	Non prise en charge	Non prise en charge	16,0 €	16,00 €	24,00 €
Chambre particulière - 1 nuit	60,00 €	Non prise en charge	Non prise en charge	40,0 €	40,00 €	20,00 €

Exemples de remboursements

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	30,00 €	30,00 €	19,00 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	9,00 €	2,00€ (*)
Secteur 2 non adhérent OPTAM	44,00 €	23,00 €	14,10 €	100% TM + 100% BR SS	15,40 €	2,00€ (*)
Consultation d'un spécialiste						
Secteur 1 ou Secteur 2 adhérent OPTAM	56,50 €	56,50 €	37,55 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	16,95 €	2,00€ (*)
Secteur 2 - Médecin non adhérent OPTAM	70,00 €	23,00 €	14,10 €	100% TM + 100% BR SS	29,90 €	26,00€ (*)
Consultation d'un diététicien - 2 séances	120,00 €	Non pris en charge	Non pris en charge	2% PMSS par an et par bénéficiaire, soit 78,50€ en 2025	78,50 €	41,50 €
Consultation d'un ostéopathe	60,00 €	Non pris en charge	Non pris en charge	25€ par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	25,00 €	35,00 €
Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale						
Transport et hébergement - forfait global annuel (**)	650,00 €	150,01 €	97,50 €	10% PMSS, soit 392,50€ en 2025	392,50 €	160,00 €
Honoraires (ex : consultation surveillance médicale)	80,00 €	80,00 €	56,00 €	100% BR SS	24,00 €	0,00 €
Honoraires (ex: forfait thermal)	585,66 €	534,75 €	347,59 €	100% BR SS	238,07 €	0,00 €

(*) Les exemples de remboursements tiennent compte de la déduction de la participation forfaitaire obligatoire de la Sécurité Sociale, de 2€.

(**) Sous conditions de revenus - voir les barèmes de plafond de ressources sur Ameli.fr

Exemples de remboursements

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)	550 €	120,00 €	72,00 €	200% BR SS	240,00 €	238,00 €
Implant dentaire	1 100 €	Non pris en charge	Non pris en charge	5% PMSS par an et par bénéficiaire, soit 196,25€ en 2025	196,25 €	903,75 €

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)	1 400 €	400 €	240 €	10% PMSS par an et par bénéficiaire, soit 392,5€ en 2025	392,5 €	768 €

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	148,00 €	0,05 €	0,03 €	100,0 €	99,97 €	48,00 €
2 verres complexes (ex : panier B)	498,90 €	0,05 €	0,06 €	159,0 € / verre	317,94 €	180,90 €

Comment pouvez- vous éviter l'avance de frais ?

Dès votre adhésion, 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

du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h.

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

Votre 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 ;
- **adressez** vos devis ;
- **modifiez** vos informations personnelles ;
- **téléchargez** votre carte de tiers payant.
- Accédez à tous vos **services et avantages**.

Pensez au simulateur en ligne !

Obtenez en temps réel le montant en € pris en charge par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé, grâce à notre **Simulateur en ligne** accessible depuis votre Espace Client !

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.



Malakoff Humanis
Malakoff Humanis

5 K NOTES
4,7
★★★★★



4,7★
38 k avis

Nos solutions pour prendre soin de vous

En tant qu'assuré Malakoff Humanis, vous bénéficiez de nombreux avantages : on vous aide à trouver un professionnel de santé, à bénéficier de tarifs négociés, à préserver votre santé...

Je me soigne facilement tout en protégeant mon budget

- Prendre rapidement rendez-vous avec un médecin ou **téléconsulter** dans l'heure ;
- Accéder en moins de 48h à un ophtalmo grâce à notre partenariat avec les centres **Point Vision** ;
- Bénéficier de la qualité au meilleur prix en optique, audio, dentaire et ostéo avec nos réseaux de soins **Kalixia** et notre service **Devis immédiat** ;
- Obtenir un 2^e avis en moins de 7 jours avec **Deuxième avis médical** ;
- Être accompagné à chaque étape en cas d'hospitalisation : **Kalixia Hospit, Assistance, Libheros** ;
- Trouver un praticien de confiance en médecines douces avec notre réseau partenaire **Médoucine** ;
- **Simplifier vos démarches** avec l'appli Malakoff Humanis.

(1) Aides soumises à conditions.

Nos solutions pour prendre soin de vous

Vous accompagner, c'est aussi vous aider en cas de difficultés.

Fragilités

Problème de santé, séparation, perte d'un proche, fragilité budgétaire, chômage, monoparentalité...

Nos experts en accompagnement social de la **Ligne Mission ECO** sont à vos côtés pour un accompagnement sur-mesure.

Cancer

Avec la **ligne Allo Alex** bénéficiez de conseils, d'astuces pour concilier maladie et travail, mais aussi d'un ensemble de services qui aident à réduire les effets secondaires des traitements et améliorent votre qualité de vie.

Décès

Parce que l'on n'est jamais préparé à la perte d'un être cher, nos experts de la **Ligne Info Décès** sont là pour vous soutenir et vous accompagner tout au long de cette épreuve.

Aidants

Malakoff Humanis met à votre disposition la **ligne info aidants** et un ensemble de services pour vivre plus sereinement votre rôle d'aidant et faciliter le quotidien de votre proche aidé.

Handicap

Vous ou l'un de vos proches êtes en situation de handicap ? Vous trouverez des conseils, des solutions, des services dédiés Malakoff Humanis, des **aides individuelles** ⁽¹⁾ ...

(1) Aides soumises à conditions.



Mes solutions pour prendre soin de moi et de ma famille

Mémo 2025



En tant qu'assuré Malakoff Humanis, vous bénéficiez de nombreux avantages : on vous aide à trouver un professionnel de santé, à bénéficier de tarifs négociés, à préserver votre santé... Vous accompagner, c'est aussi vous aider en cas de difficultés.

Je trouve des solutions dans les moments difficiles

- Je traverse une période compliquée : problème de santé, séparation, perte d'un proche, fragilité budgétaire... ●
- Je fais face à la maladie ou à un handicap ●
- J'aide un proche au quotidien : parent ou enfant en situation de handicap, malade ou en perte d'autonomie ●

Je me soigne facilement tout en protégeant mon budget

- J'ai besoin d'un médecin ●
- Je vais être hospitalisé ●
- J'ai besoin de lunettes ●
- J'ai un problème audio ●
- J'ai un problème dentaire ●
- Je cherche un professionnel en médecine douce ●
- Et je simplifie mes démarches avec l'appli Malakoff Humanis ! ●



A chaque besoin sa solution !

Retrouvez l'ensemble des services à votre disposition dans votre Espace Client Particulier et dans le **Mémo des services**.

Ce document interactif, hébergé sur le site Internet de l'AMAE et actualisé chaque année, vous permet un accès direct à ces différents services.

Zoom sur nos services d'Assistance et de téléconsultation

Un service d'Assistance santé pour un meilleur accompagnement

Vos garanties santé sont enrichies de services pour vous épauler lorsque vous en avez le plus besoin : conseil dans vos démarches administratives, aide-ménagère, prise en charge de vos enfants ou de vos ascendants, garde de votre animal domestique... La demande doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement.

Contactez votre téléconseiller au :  accessible de 7j/7, 24h/24
APPEL NON SURTAXE

Téléconsultation : Un médecin disponible en semaine comme le week-end

Besoin d'un rendez-vous avec mon médecin pour un état grippal, un mal de gorge ou un mal de dos... ? Mais impossible de le joindre ! C'est le week-end, c'est un jour férié ou bien je suis en vacances ou en déplacement à l'étranger.

Avec la téléconsultation médicale, un médecin me répond de 8h à 20h, 7j/7 en France comme à l'étranger.

Un service disponible depuis votre espace client Malakoff Humanis

Si vous n'avez pas créé de compte appelez le : 
APPEL NON SURTAXE

Vous serez redirigé(e) vers le service de téléconsultation en visio.

Ou connectez-vous sur le site dédié : medecin.malakoffhumanis.com

IMPORTANT ! : un identifiant est à communiquer pour ces deux services :
c'est le 75 37 34

Le +

Vous n'avez rien à régler.
La téléconsultation est **prise en charge à 100 % par votre complémentaire santé** et chaque personne rattachée à votre contrat santé bénéficie de **5 consultations gratuites par an.**



SOURIEZ

Votre santé est notre priorité !

Optique, dentaire, audio, hospitalisation ou consultation de médecin,

Malakoff Humanis vous accompagne pas à pas pour simplifier toutes vos démarches, trouver le professionnel de santé qu'il vous faut, et évaluer vos remboursements avant de vous engager.

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



1

Je me connecte sur mon Espace Client

1 : Rendez-vous sur malakoffhumanis.com ou téléchargez gratuitement l'appli Espace Client Malakoff Humanis

2 : Entrez **vosre identifiant ou adresse mail** (n° d'adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant) puis votre mot de passe

2

Je choisis mon opticien

avec les **opticiens partenaires du réseau Kalixia optique**, je bénéficie d'équipements de qualité au meilleur coût
Chez un opticien partenaire, vous économisez en moyenne

- 30 % sur les lentilles
- 25 % sur les verres de correction-
- 20 % sur la monture(1)

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 * 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



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) Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par Malakoff Humanis à équipement équivalent (*) À hauteur des garanties souscrites

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



1

Je me connecte sur mon Espace Client

1 : Rendez-vous sur **malakoffhumanis.com** ou téléchargez gratuitement l'appli Espace Client Malakoff Humanis

2 : Entrez **vosre identifiant ou adresse mail** (n° d'adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant) puis votre mot de passe

2

Je me 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** » 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 * 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



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

(*) À hauteur des garanties souscrites.

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



1

Depuis mon Espace Client, je trouve mon professionnel de santé

Audioprothésistes partenaires du réseau **Kalixia audio**, pour bénéficier de prestations de qualité au meilleur coût (600 € d'économie en moyenne 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 ou mon Appli et j'obtiens une estimation du montant pris en charge, sous 48 heures ouvrés.

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 * 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



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

(*) À hauteur des garanties souscrites

Je dois être hospitalisé, comment être accompagné au mieux ?



1

Depuis mon Espace Client,

Je m'informe sur les établissements hospitaliers

Avec Kalixia Hospit, 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**, obtenez gratuitement sous 7 jours* auprès de médecins experts de votre maladie, un deuxième avis médical sur le diagnostic et/ou le traitement qui vous 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 en ligne**, j'adresse le devis de mon établissement hospitalier via mon Espace Client et j'obtiens sous 48 heures ouvrés une estimation du montant pris en charge pour mes frais d'hébergement et honoraires médicaux

4

J'engage mes frais médicaux

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

5

J'ai besoin de soins à domicile

Avec le service **Libheros**, je trouve en un clic le professionnel de santé le plus proche (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme...)

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

(*) À hauteur des garanties souscrites

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



1

Depuis mon Espace Client, je trouve mon professionnel de santé

Partenaire du réseau **Kalixia ostéo**

Praticien en médecine douce référencé par le partenaire **Medoucine**

Infirmière, kinésithérapeute... référencés par le partenaire **Libheros**

D'autre part, si je ne parviens pas à prendre de rendez-vous médical rapidement, avec mon généraliste je pense à utiliser le service de **téléconsultation**



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

2

J'évite l'avance de frais

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

3

Je suis mes remboursements

J'analyse mes dépenses en m'abonnant au **service d'alertes**, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement

(*) À hauteur des garanties souscrites

Vos contacts utiles



Pour réaliser vos démarches en ligne

Connectez-vous à votre Espace Client Particulier sur malakoffhumanis.com

[Accéder à mon espace](#)

Ou via l'application smartphone de Malakoff Humanis



Pour toutes les questions relatives à votre contrat

Contactez-nous par téléphone



03 80 28 25 53

du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h

Ou écrivez-nous

MALAKOFF HUMANIS
TSA 49158
73025 CHAMBERY CEDEX

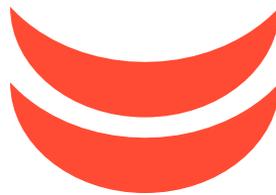


Pour joindre votre expert en accompagnement social

Contactez-nous par téléphone

3996 Service gratuit
+ prix appel

**Ce document n'est pas contractuel et résume vos garanties.
Pour plus de détail, retrouvez l'intégralité des conditions
contractuelles dans votre notice d'information.**



MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE, 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

AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € Entreprise régie par le code des assurances Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris 351 733 761 RCS Paris