

Tout savoir sur mon contrat Frais de santé

Guide des adhérents de l'AMAE . 2026



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.



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

IMPORTANT :

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, bénéficier 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 !



Sommaire

1

Garanties santé

2

Services

3

Contacts



1.

Garanties santé



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 ? »

IMPORTANT

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 2026 est de 4 005 €.



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 ?

3

« **Dépassements d'honoraires** » :

Montant **remboursé**
par Malakoff Humanis
en fonction de vos garanties

2

« **TM** » : **Ticket modérateur** :

Montant **remboursé**
par Malakoff Humanis

1

« **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 en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation ; hors chirurgie esthétique

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

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.

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...), tels que définis à l'Article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

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

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an en établissements spécialisés (psychiatrie). La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. Les frais d'accompagnant sont remboursés sur présentation d'une facture.



Que couvrent vos garanties ?

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non

Honoraires médicaux	
Consultation (y compris en ligne) et visite	
Médecin généraliste adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Médecin généraliste non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Médecin spécialiste adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Médecin spécialiste non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100 %TM
Acte technique médical	
Praticien adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Praticien non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Acte d'imagerie médicale	
Praticien adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Praticien non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Honoraires paramédicaux remboursés par la Sécurité sociale	
Infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux	200 %BRSS
Dispositif Mon soutien Psy	
Consultation de Psychologue remboursée par la Sécurité sociale (6)	100 %TM
Analyses et examens de laboratoire	
	200 %BRSS
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (dont prothèse capillaire, implants mammaires suite à maladie et prescription), hors aides auditives et optique	300 %BRSS

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.

(6) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale : liste disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr



Que couvrent vos garanties ?

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non

Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (7)	100 %BRSS
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale ***	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 %BRSS
Transport et hébergement thermal - forfait par an et par bénéficiaire	10 %PMSS
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale ***	
Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel	8 %PMSS
Pharmacie	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (8)	100 %TM
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (9)	120 €
Vaccins préventifs non remboursés par la Sécurité sociale	100 %BRSS
Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (Pilule contraceptive, préservatifs masculins et féminins, patchs et anneaux contraceptifs féminins)	3 %PMSS
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale (10)	
Médecine additionnelle - montant par séance (Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étiopathie)	25 € dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
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
Garanties d'assistance	
Assistance à domicile	Oui
Actes de prévention (11)	100 %TM

*** Le remboursement ne couvre pas le complément tarifaire

(7) Le Service mobile d'Urgence et de réanimation (SMUR) est une unité mobile chargée d'intervenir sur les lieux où un patient nécessite une prise en charge urgente. Le SMUR assure la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport du patient en situation d'urgence médicale vers un établissement de santé. Rattaché à un hôpital, le SMUR a pour mission de porter secours aux patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation. (8) Prestations soumises aux tarifs opposables (tarifs sans dépassements d'honoraires). En cas d'exigence particulière du patient soumise à dépassement éventuel, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur. (9) 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 ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search. Médicaments identifiables par leur taux de TVA : 2,1%, 5,5% ou 10%. Les produits vendus en pharmacie au taux de 20% ne relèvent pas de la garantie. (10) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel et selon les dispositions prévues dans les Conditions générales et la Notice d'information. (11) 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 de santé)

Soins et prothèses 100 % Santé * (Reste à charge zéro)	sans reste à charge
Soins et prothèses hors 100% Santé (Tarifs maîtrisés et tarifs libres)	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	200 %BRSS
Inlays-onlays	200 %BRSS
Inlay-core	200 %BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-onlay, inlay-core, bridge)	200 %BRSS
Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	100 %BRSS
Orthodontie	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire (4)	200 %BRSS
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale	
Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par an et par bénéficiaire	5 %PMSS
Plafond global dentaire ** - par an et par bénéficiaire (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie)	2330 €

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations :
- en dentaire - les soins prothétiques 100% Santé sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, sous réserve que les professionnels de santé respectent les honoraires limites de facturation.

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

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

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.



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

Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et à la Notice d'information.

Équipement 100 % Santé (Classe A) *

2 verres + 1 monture	sans reste à charge
Examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à charge

Équipement (2 verres + 1 monture) hors 100 % Santé (Classe B) *

Bénéficiaire âgé de 16 ans et plus

• par verre simple	159 €
• par verre complexe	159 €
• par verre très complexe	159 €
• par monture de lunettes	100 €
• Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM

Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans

• par verre simple	89 €
• par verre complexe	89 €
• par verre très complexe	89 €
• par monture de lunettes	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 :
- en optique - les équipements 100% Santé de classe A sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente.

La liste réglementaire des Classes A et B (équipement optique) et des Classes I et II (équipement auditif) est présente dans les Conditions générales et la Notice d'information.
Les équipements optiques de classe B et l'aide auditive de classe II sont remboursés dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.



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

Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et à la Notice d'information.

Équipement 100 % Santé (Classe I) *

sans reste à charge

Équipement hors 100 % Santé (Classe II) * remboursé par la Sécurité sociale

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, par Oreille

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 :
- en aide auditive - l'équipement 100% Santé de classe I est intégralement remboursé par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente.

La liste réglementaire des Classes A et B (équipement optique) et des Classes I et II (équipement auditif) est présente dans les Conditions générales et la Notice d'information.

Les équipements optiques de classe B et l'aide auditive de classe II sont remboursés dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.



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 sérogroupe 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 deuxième 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 thermique, 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 A 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 thermique, la date prise en compte est celle de la facturation figurant sur le décompte Sécurité sociale.



Comment être remboursé(e) au mieux ?

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.

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 maîtrisée.

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



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 2026 est de 4 005 €.

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



L'offre « 100% Santé optique »

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.

PENSEZ A REALISER 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.

Lorsque vous vous rendez chez votre opticien, vous pouvez choisir parmi **2 types d'équipements différents** :

1 - Des équipements de votre choix remboursés à hauteur de votre contrat, avec des remboursements sur les montures plafonnés à 100 €, un plafond imposé par la réglementation.

2 - Un équipement « 100 % santé », monture limitée à 30 euros et verres prédéfinis, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

Avec la possibilité de les combiner en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % santé » ou inversement.

Équipements « 100 % santé » optique

- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien doit proposer au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents.
- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels.
- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.

A NOTER !

Vous pouvez renouveler votre équipement (monture + verres), à partir de la date de votre dernier achat : **tous les 2 ans pour les 16 ans et plus** (hors situation médicale particulière), tous les ans pour les moins de 16 ans.



Zoom sur le 100% Santé



L'offre « 100% Santé dentaire »

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.

PENSEZ A REALISER 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.

Lorsque vous vous rendez chez votre chirurgien-dentiste vous pouvez bénéficier de **2 types de soins prothétiques dentaires différents** :

1 - Des prothèses dentaires remboursées à hauteur de votre contrat avec un éventuel reste à payer.

2 - Des prothèses dentaires « 100 % santé » prédéfinies, intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé, ou à « tarifs maîtrisés » (avec des honoraires plafonnés) remboursés à hauteur de votre contrat.

Quels sont les soins concernés ?

Bénéficiez :

- d'une sélection de couronnes, inlays core et bridges et proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).
- de prothèses amovibles en résine qui viennent compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».

Équipements « 100 % santé » dentaire

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircone (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1res prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et bridge céramo-métallique.
- Dentier en résine.



Zoom sur le 100% Santé



L'offre « 100% Santé audio »

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.

PENSEZ A REALISER 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.

Lorsque vous vous rendez chez votre audioprothésiste, vous pouvez choisir parmi **2 types d'équipements différents** :

1 - Des équipements de votre choix remboursés à hauteur de votre contrat. Les remboursements sur les appareils sont limités à 1 700 € par oreille, un plafond imposé par la réglementation.

2 - Un équipement « 100 % santé » prédéfini, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

A NOTER !

Le renouvellement des prothèses auditives est 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 extérieurs 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.



Zoom sur le 100% Santé : nouveautés !

FAUTEUILS ROULANTS

Depuis le 1^{er} décembre 2025, tous les fauteuils roulants, qu'ils soient manuels ou électriques, sont désormais remboursés grâce à l'offre « 100 % santé ». Quels que soient vos besoins, vous ne payez rien !

Option 1 : **pour un achat de matériel**, recommandé pour une situation de handicap de très longue durée. La Sécurité sociale vous rembourse intégralement.

Option 2 : **pour une location longue durée**, recommandée pour une utilisation inférieure à 6 mois avec éventuellement une option d'achat. La Sécurité sociale vous rembourse intégralement.

Option 3 : **pour une location courte durée**, recommandée lorsque la situation de handicap est évolutive dans le temps. La Sécurité sociale et Malakoff Humanis vous remboursent intégralement. Les forfaits de location de courte durée et de mise à disposition associée d'un fauteuil roulant sont remboursés aux frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente qui s'impose aux distributeurs.

La location de courte durée, limitée à 3 mois, peut être renouvelée pour 3 mois supplémentaires consécutifs.

3 conditions pour profiter de l'offre « 100% santé » :

- Le fauteuil figure sur la liste des équipements remboursables.
- Son prix respecte le tarif maximum fixé.
- Un médecin ou un ergothérapeute l'a prescrit.

Comment cela fonctionne ?

La Sécurité sociale est le seul interlocuteur

1. Le médecin établit sa prescription.
2. Le patient l'adresse à la Sécurité sociale avec une demande de prise en charge.
3. Aucune avance de frais si le prestataire est conventionné.

Tout est réglé directement entre la Sécurité sociale, Malakoff Humanis et le prestataire.



Consultez notre page Internet dédiée pour plus de précisions :

<https://www.malakoffhumanis.com/s-informer/100-pour-100-sante-fauteuil-roulant>

Zoom sur le 100% Santé : nouveautés !

PROTHESES CAPILLAIRES

Depuis le 1^{er} janvier 2026, vous pouvez choisir votre perruque parmi une sélection de prothèses capillaires « 100 % santé » intégralement remboursées par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis.

Quatre classes de prothèses capillaires sont désormais proposées. Les bases de remboursement et Prix Limite de Vente qui s'imposent aux distributeurs pour l'application du « 100% santé » sont consultables sur le site Internet Ameli.fr :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-perruques>

Vous pouvez choisir un **modèle en fibres synthétiques** – Classe 1. Vous serez entièrement remboursé.

Vous pouvez choisir un modèle parmi une **sélection de prothèses « 100 % santé » avec au moins 30 % de cheveux naturels ou en fibres premium** – Classe 2. Vous serez entièrement remboursé.

Vous pouvez choisir un **modèle :**

- **en cheveux naturels à 50 %** – Classe 3 avec Prix Limite de Vente
- voire **100 % naturels** – Classe 4 sans Prix Limite de Vente

Vous serez remboursé, à hauteur des garanties de votre contrat, sans pouvoir dépasser le Prix Limite de Vente pour une prothèse de classe 3.

A noter qu'un changement de perruque est possible, au bout de 12 mois suivant la date de votre dernier achat.



Consultez notre page Internet dédiée pour plus de précisions :

<https://www.malakoffhumanis.com/s-informer/100-pour-100-sante-prothese-capillaire>

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} mars 2026.

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 ^(*)	23,00 €	Non pris en charge	Non pris en charge	100% FR	23,00 €	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)						
Praticien adhérent OPTAM	570,63 €	220,63 €	220,63 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	350,00 €	0,00 €
Praticien non adhérent OPTAM	570,63 €	220,63 €	220,63 €	100% TM + 100% BR SS	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 €

(*) Le tarif réglementé du forfait journalier hospitalier est de 20€ jusqu'au 28 février 2026 ; son montant est de 23€ à compter du 1^{er} mars 2026. Le tarif réglementé de la participation forfaitaire pour les actes > 120 euros ou avec coeff > à 60 est de 24€ jusqu'au 31 mars 2026 ; son montant est de 32€ à compter du 1^{er} avril 2026.

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 !



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	50,00 €	30,00 €	19,00 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	29,00 €	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 80,10€ en 2026	80,10 €	39,90 €
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 400,5€ en 2026	400,50 €	152,00 €
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	187,16 €	50,91 €

(*) Les exemples de remboursements tiennent compte de la déduction de la participation forfaitaire obligatoire de la Sécurité Sociale, de 2€. Parmi les spécialistes, certains bénéficient de tarifs particuliers : psychiatres, neuropsychiatres, neurologues, pédiatres et cardiologues.

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

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 !



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
Consultation d'un chirurgien dentiste	23 €	23,00 €	13,80 €	200% BR SS	9,20 €	0,00 €
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 200,25€ en 2026	200,25 €	899,75 €

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 400,5€ en 2026	400,5 €	760 €

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 €

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 !



2.

Services



Comment 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.

N° AMD	Type carte	N° d'adhérent	CSR	IDB
775 691 181	VM	-	-	-

Votre Espace Client sur particulier: malakoffhumanis.com
3332* du lundi au vendredi de 8h30 à 19h00
MALAKOFF HUMANIS GESTION ASSURANCE 78087 YVELINES CEDEX 9

* Service gratuit + prix appel

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

Le +

Votre carte de tiers payant est également disponible sous format dématérialisé sur votre Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile)

A 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
dépassesments 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 ?

Pour simplifier vos démarches

- 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 depuis votre mobile ;
- Accédez à tous vos services et avantages.



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

- # 1 Rendez-vous sur malakoffhumanis.com ou téléchargez gratuitement l'appli **Malakoff Humanis**
- # 2 Entrez l'identifiant/n° d'adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant. Votre mot de passe vous sera adressé par e-mail.

Pour accéder à tous vos services

- géolocalisez les partenaires de nos réseaux de soins Kalixia, centres de santé, centres d'ophtalmologie, praticiens en médecine douce, professionnels en soins à domicile... ;
- accédez au service Deuxième avis médical ;
- bénéficiez de l'Assistance à domicile ;
- accédez à votre service de Téléconsultation ;
- accédez aux aides personnalisées de notre accompagnement social.

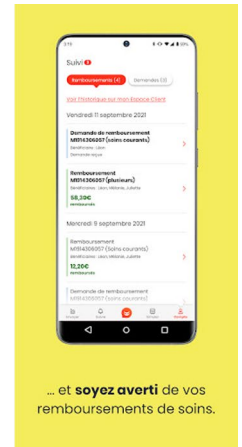
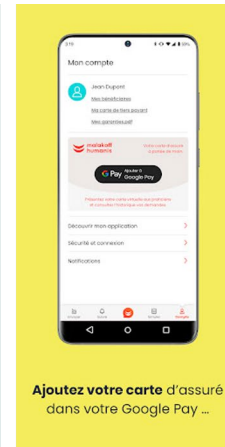
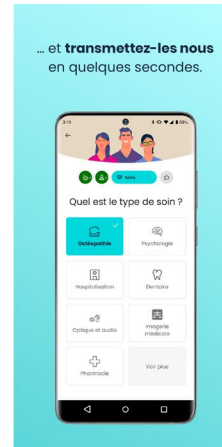
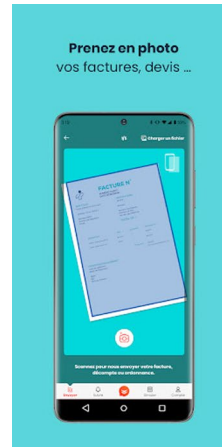
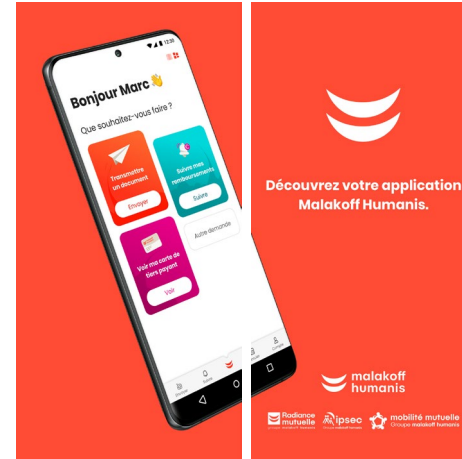
Pensez au simulateur en ligne !

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 !

L'application Malakoff Humanis : la solution pour faciliter votre quotidien

Vous pouvez :

- Transmettre un document : factures, décomptes de Sécurité sociale ou devis... Il suffit de les prendre en photo et hop, c'est envoyé !
- Disposer de votre carte de tiers payant dans votre application et la partager si nécessaire
- Être averti(e) par notification de vos nouveaux remboursements et les consulter en un coup d'œil dans votre suivi
- Simuler votre reste à payer pour vos prochaines dépenses
- Suivre et maîtriser votre budget santé par poste de soin grâce à la synthèse des dépenses
- Obtenir une réponse claire à vos devis rapidement
- Accéder à la Téléconsultation



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 **rendez-vous avec un médecin** ou **téléconsulter** dans l'heure ;
- **Accéder en moins de 48h à un ophtalmo** avec notre partenariat **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.



Nos solutions pour prendre soin de vous

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

Fragilités

Nos experts en accompagnement social de la **Ligne Mission ECO** sont à vos côtés. Ils informent, conseillent et orientent vers les dispositifs existants (CAF, MDPH ⁽¹⁾...) et les **aides spécifiques** (aides financières, CESU...⁽²⁾).

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 financières** ⁽¹⁾ ...

(1) CAF : Caisse d'Allocation Familiale et MDPH : Maison départementale des Personnes Handicapées. (2) Aides soumises à conditions.



A chaque besoin sa solution !



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 bénéficie de services d'assistance



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



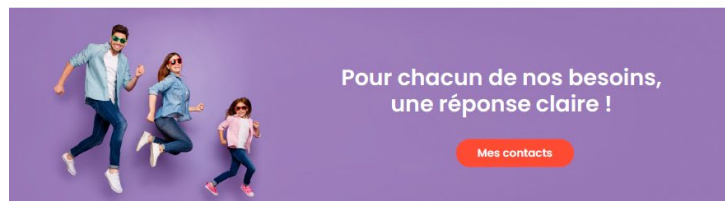
J'ai un problème dentaire



Je cherche un professionnel en médecine douce



Et je simplifie mes démarches avec l'appli Malakoff Humanis !



MÉMO DES SERVICES

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

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.

Ce service est disponible depuis votre espace client Malakoff Humanis

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



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

Ou connectez-vous sur le site dédié : <https://medecin.malakoffhumanis.com>

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.**

IMPORTANT !

Un identifiant est à communiquer pour ces deux services : c'est le 75 37 34

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

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** » 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



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

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

(*) 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
référéncé par le partenaire
Medoucine

Infirmière, kinésithérapeute...
référéncés 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**



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

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



3.

Contacts



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 mobile de Malakoff Humanis



Pour toutes les questions relatives à votre contrat

Contactez-nous par téléphone

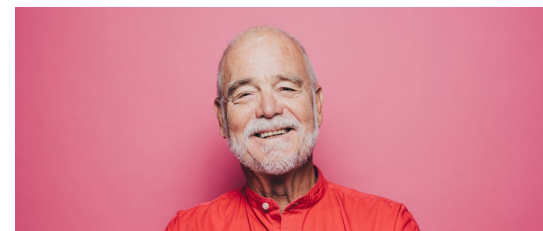


03 80 28 25 53

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

