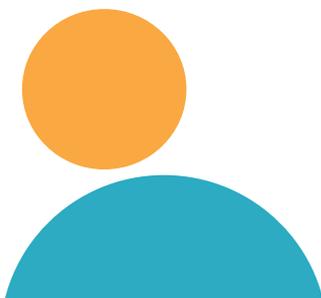


Garanties Protection Santé MALAKOFF HUMANIS



Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière y compris en ambulatoire – par jour et par assuré		40 €	50 €	70 €	80 €	100 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires et frais médicaux DPTAM et NON DPTAM⁽¹⁾		100% BR				
Chambre particulière – par jour et par assuré ⁽²⁾		20 €	25 €	35 €	40 €	50 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR				
Forfait Médicaments et homéopathie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré		30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Transport		100% BR				
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique à usage médical		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Forfait objets connectés à usage médical (strictement limités aux objets suivants : tensiomètre, oxymètre de pouls) – par année d'adhésion et par assuré		20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, psychologue, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, hypnothérapeute – par séance dans la limite de 4 séances par année d'adhésion et par assuré		20 €	25 €	30 €	40 €	50 €
DENTAIRE						
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale⁽³⁾		Frais réels				
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires « Offre Modérée »⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR				
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion)		100 €	150 €	200 €	300 €	400 €



OPTIQUE

La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A, le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale⁽⁴⁾. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle⁽⁵⁾	Frais réels				
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.				
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	50 % des frais réels				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) – par année d'adhésion	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

AIDES AUDITIVES

Aides auditives (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)

Équipements « 100% Santé » Classe I	Frais réels				
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	125 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 500 €
Accessoires, entretien, piles – par année d'adhésion et par assuré	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR
--	----------

BR : Base de remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- (2) La garantie chambre particulière en séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés, et séjours en psychiatrie est limitée de la manière suivante :
 - 30 jours en milieux spécialisés : service psychiatrique
 - 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie.

(3) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100% Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(5) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est $[- 6,00 \text{ et } + 6,00]$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[- 6,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq + 4,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq + 6,00$

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de $- 6,00$ à $+ 6,00$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[- 6,00 \text{ et } 0 \text{ s}]$ et dont le cylindre est $> \text{ à } + 4,00$
 - dont la sphère est $< \text{ à } - 6,00$ et dont le cylindre est $\geq \text{ à } 0,25$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> \text{ à } 6,00$

- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } + 8,00]$
 - dont la sphère est hors zone de $[- 4,00 \text{ à } + 4,00]$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq \text{ à } + 4,00$
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $> \text{ à } + 4,00$
 - dont la sphère est $< \text{ à } - 8,00$ et dont le cylindre est $\geq \text{ à } 0,25$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq \text{ à } 8,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> \text{ à } 8,00$

OU

- 1 Verre de la catégorie 3
- Et
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme $S = (\text{sphère} + \text{cylindre})$