

Salariés contractuels

Ma complémentaire santé SNCF

Mes remboursements de frais de santé

Vous trouverez dans ce document,
le **détail de vos garanties**, ainsi que
des **exemples de remboursements**.



Date d'effet : **1^{er} mai 2025**

SOMMAIRE

Cliquez sur la garantie de votre choix



Hospitalisation

pages **04 - 06**



Dentaire

pages **07 - 09**



Optique

pages **10 - 12**



Audition

pages **13 - 15**



Soins courants

pages **16 - 18**



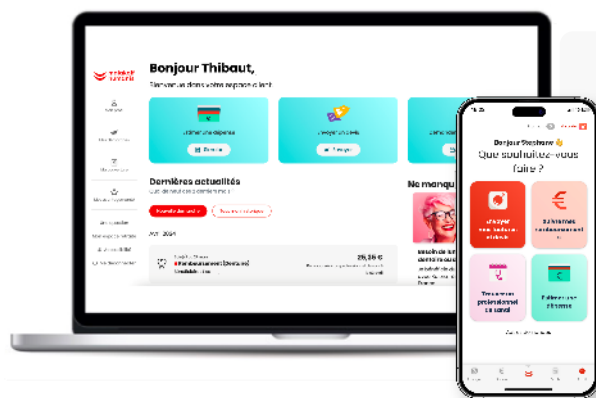
Médecine additionnelle & Prévention

pages **19 - 21**



Présentation des garanties

pages **22 - 46**



Réalisez vos démarches depuis votre
Espace assuré ou **Application mobile**

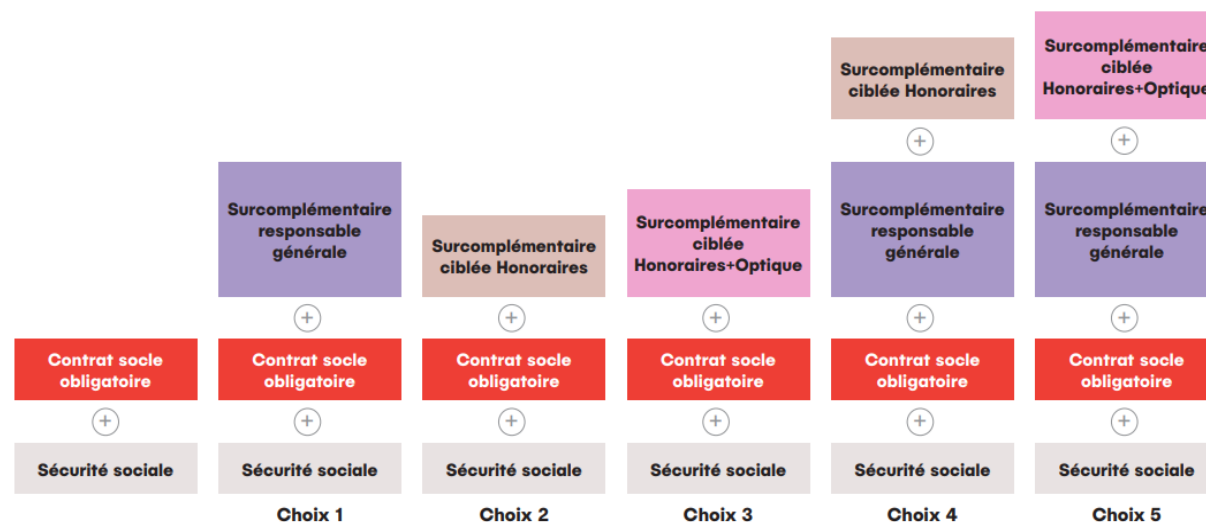
INTRODUCTION

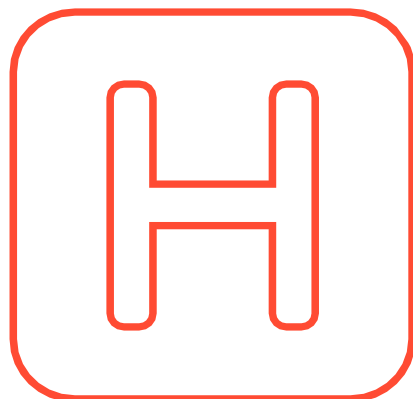
Nous savons que lire un tableau de garanties n'est pas toujours simple.

Pour mieux comprendre vos garanties santé, suivons le quotidien de Simon, Farah, Laure et Jallil. Tous les quatre bénéficient des garanties choisies par la SNCF : **1 régime socle obligatoire**, complété par **3 surcomplémentaires facultatives** pour améliorer leurs remboursements. Vous pouvez les mixer selon vos besoins.

À savoir :

- Les remboursements indiqués dans les pages suivantes viennent **en complément des remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite des dépenses engagées.**
- Les **exemples sont donnés pour un assuré qui respecte le parcours de soins coordonnés et sans dispositif de prise en charge particulier**, comme le dispositif pour les Affections Longue Durée (ALD).
- Les tarifs indiqués correspondent aux **tarifs moyens constatés en France.**
- Les **contrats responsables** sont encadrés par la loi, avec des plafonds de remboursements maximum et minimum sur les soins importants. Ils prévoient également un meilleur niveau remboursement (sans pénalité) lorsque le médecin traitant est consulté en premier.





Garanties en cas **d'hospitalisation**

Hospitalisation

Exemples de remboursement

← Sommaire



Simon a été hospitalisé le mois dernier. Il a eu une forte douleur au ventre. Après une prise de sang et une échographie, le médecin a diagnostiqué une appendicite aiguë. Il a été opéré et a passé 10 jours à l'hôpital.

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Socle	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles				
				Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire honoraires responsable	Surcomplémentaire honoraires et optique responsable
				Socle				
Frais de séjour	1 023,16 €	818,53 €	204,63 € RAC*: 0,00 €	204,63 € RAC*: 0,00 €	204,63 € RAC*: 0,00 €	204,63 € RAC*: 0,00 €	204,63 € RAC*: 0,00 €	204,63 € RAC*: 0,00 €
Chambre particulière	1 100,00 €	0,00 €	981,25 € RAC*: 118,75 €	1 100,00 € RAC*: 0,00 €	981,25 € RAC*: 118,75 €	981,25 € RAC*: 118,75 €	1 100,00 € RAC*: 0,00 €	1 100,00 € RAC*: 0,00 €
Forfait journalier	200,00 €	0,00 €	200,00 € RAC*: 0,00 €	200,00 € RAC*: 0,00 €	200,00 € RAC*: 0,00 €	200,00 € RAC*: 0,00 €	200,00 € RAC*: 0,00 €	200,00 € RAC*: 0,00 €
Honoraires praticien conventionné non adhérent au DPTM**	1 200,00 €	320,00 €	320,00 € RAC*: 560,00 €	320,00 € RAC*: 560,00 €	880,00 € RAC*: 0,00 €	880,00 € RAC*: 0,00 €	880,00 € RAC*: 0,00 €	880,00 € RAC*: 0,00 €

*Reste à charge

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Voir glossaire page 26)



Hospitalisation

Avantages inclus dans vos garanties

[← Sommaire](#)

AVANT

On vous aide à préparer votre hospitalisation

Obtenez un deuxième avis médical

Maladie grave, traitement lourd... vous pouvez bénéficier de l'avis d'un médecin expert sur votre intervention ou votre traitement pour faire un choix éclairé.

Accédez au service :

- par téléphone : 01 81 80 00 48
- en ligne : deuxiemeavis.fr

Trouvez l'hôpital qui vous convient

Renseignez-vous sur votre hôpital ou choisissez-le grâce à notre comparateur Kalixia Hospit et ses indicateurs de qualité.

Rendez-vous sur votre Espace assuré.

Simplifiez vos démarches

Grâce à notre prise en charge hospitalière rapide et sans avance de frais.

PENDANT

On accompagne votre famille*

Pour la garde de vos enfants

Nous organisons et prenons en charge leur garde à domicile, leur conduite à l'école et à leurs activités extra-scolaires.

Pour votre parent dépendant

Si vous vous occupez au quotidien d'un parent, d'un beau-parent ou d'un grand-parent dépendant, nous organisons son transfert chez un proche.

APRES

On facilite votre retour chez vous*

Organisez vos soins

Nous vous trouvons un infirmier à domicile et nous organisons votre transport pour réaliser vos visites médicales. Nous prenons aussi en charge la livraison de vos médicaments si vous ne pouvez pas vous déplacer.

Bénéficiez d'un soutien

Nous vous proposons le soutien d'une aide-ménagère et prenons en charge la venue d'un proche à votre chevet.

*Ces avantages sont des exemples et sont limités dans le temps.

Pour en savoir plus sur nos **services d'assistance santé**,
appelez-le : **09 86 86 02 05** (du lundi au samedi de 7h à 20h)
et indiquez ce code : **753742**



Garanties dentaire

Dentaire

Exemples de remboursement

[← Sommaire](#)


Farah s'est cassé une prémolaire. Son dentiste lui recommande une **couronne céramo-métallique**. Elle remarque également que les dents de sa fille ne poussent pas très droites. Son **orthodontiste** lui conseille un traitement de 6 mois.

Le + de son contrat

Avant de réaliser ses soins, et ceux de sa fille, avec un professionnel partenaire de Malakoff Humanis (réseau Kalixia), Farah reçoit **instantanément un devis par SMS et par e-mail** pour connaître son reste à charge.

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	 Complémentaire obligatoire	 Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles				
				Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire honoraires responsable	Surcomplémentaire honoraires et optique responsable
			Socle	Socle				
Couronne remboursée par la Sécurité Sociale	550,00 €	72,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €
Couronne non remboursée par la Sécurité Sociale	550,00 €	0,00 €	360,00 € RAC* : 190,00 €	540,00 € RAC* : 10,00 €	360,00 € RAC* : 190,00 €	360,00 € RAC* : 190,00 €	540,00 € RAC* : 10,00 €	540,00 € RAC* : 10,00 €
Honoraire orthodontiste remboursé par la Sécurité Sociale (par semestre)	800,00 €	193,50 €	387,00 € RAC* : 219,50 €	532,13 € RAC* : 74,37 €	387,00 € RAC* : 219,50 €	387,00 € RAC* : 219,50 €	532,13 € RAC* : 74,37 €	532,13 € RAC* : 74,37 €

*Reste à charge



Dentaire

Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

Trouvez un dentiste de confiance, au juste prix

Avec Kalixia dentaire, bénéficiez d'un réseau de plus de 7 000 chirurgiens-dentistes présents partout en France.

Economisez en moyenne :

- **300 € sur les implants**
- **200 € sur un semestre d'orthodontie**

Et bénéficiez aussi d'**honoraires plafonnés** sur les prothèses et la parodontologie.

Vos services +

- une **garantie de 10 ans** pour les prothèses dentaires,
- un **passport traçabilité** pour être assuré de la conformité des prothèses, des implants et des équipements orthodontiques,
- des **professionnels sélectionnés** pour la qualité de leurs pratiques.

On s'occupe de tout !



Pas d'avance de frais ni de devis à transmettre.



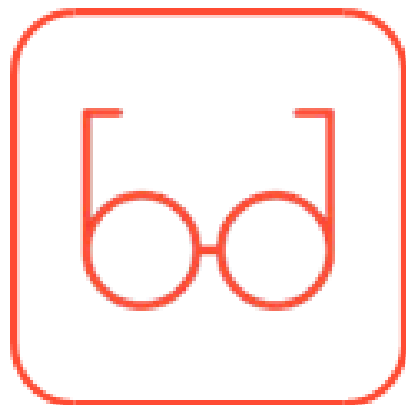
Avant d'engager vos frais, vous recevez automatiquement par sms et par mail votre devis, qui nous a été adressé par le professionnel de santé, avec votre reste à charge éventuel.

Réseau N°1
en France



**Pour trouver
le professionnel
le plus proche,
rendez-vous sur
votre Espace assuré.**





Garanties **optique**

Optique

Exemples de remboursement

← Sommaire



Laure a remarqué que sa vue a baissé. Après une visite chez son ophtalmologue, elle doit changer ses **lunettes**.

Le + de son contrat

En cas d'indisponibilité de son ophtalmologue, elle obtient un **RDV en 48h dans un centre partenaire Point Vision**. Puis, avec son ordonnance, elle se rend chez plusieurs opticiens pour comparer les prix.

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	 Complémentaire obligatoire	 Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles				
				Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire honoraires Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires et optique Surcomplémentaire responsable
1 monture à 180 € + 2 verres simples à 170 €	350,00 €	0,09 €	Socle 259,91 € RAC* : 90,00 €	Socle 269,91 € RAC* : 80,00 €	259,91 € RAC* : 90,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €
1 monture à 180 € + 2 verres très complexes à 550 €	730,00 €	0,09 €	649,91 € RAC* : 80,00 €	649,91 € RAC* : 80,00 €	649,91 € RAC* : 80,00 €	649,91 € RAC* : 80,00 €	649,91 € RAC* : 80,00 €	649,91 € RAC* : 80,00 €

*Reste à charge.



Optique

Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

Obtenez un RDV en 48H avec un ophtalmologue

Grâce à notre partenariat avec les centres Point Vision, vous **obtenez rapidement un rendez-vous** et bénéficiez d'un **bilan visuel complet**.

Rendez-vous sur votre Espace assuré pour prendre rendez-vous avec le centre le plus proche.

Payez vos lunettes au juste prix

Avec Kalixia optique, bénéficiez d'un réseau de 6 000 opticiens présents partout en France.

Economisez en moyenne :

- **20% sur votre monture**
- **entre 100 et 200 € sur vos verres**
- **30% sur vos lentilles**

Vous avez accès à toutes les montures, aux dernières générations de verres et de traitements. Et bien d'autres avantages !

Pour en savoir plus et trouver le professionnel le plus proche, rendez-vous sur votre Appli.

On s'occupe de tout !



Pas d'avance de frais ni de devis à transmettre.



Avant d'engager vos frais, vous recevez automatiquement par sms et par mail votre devis, qui nous a été adressé par le professionnel de santé, avec votre reste à charge éventuel.

Réseau N°1
en France





Garanties audition

Audition

Exemples de remboursement



Simon a des difficultés à entendre. Il s'est décidé à aller voir plusieurs **audioprothésistes** pour se renseigner et comparer ce qu'ils lui proposent.

Le + de son contrat

Chez un audioprothésiste partenaire de Malakoff Humanis (Kalixia), après avoir sélectionné des appareils, il reçoit instantanément un devis par SMS et par e-mail pour connaître son éventuel reste à charge.

Prothèses audio
(2 oreilles)

		Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles					
Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Complémentaire obligatoire					
		Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire honoraires et responsable	Surcomplémentaire honoraires et optique et responsable
			Socle				
2 000,00 €	480,00 €	1 520,00 €	1 520,00 €	1 520,00 €	1 520,00 €	1 520,00 €	1 520,00 €
		RAC* : 0,00 €	RAC* : 0,00 €	RAC* : 0,00 €	RAC* : 0,00 €	RAC* : 0,00 €	RAC* : 0,00 €

*Reste à charge.



Audition

Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

Bénéficiez de prothèses audio de qualité à prix négociés

Avec Kalixia audio, profitez de tous les avantages de notre réseau.

Vous économisez en moyenne :

- **200 €** sur un double appareillage.
- **20 %** sur les accessoires de connectivité.

2 centres audio sur 3
sont partenaires de notre réseau,
trouvez le professionnel le plus proche
depuis votre Espace assuré.

Réseau N°1
en France



Autres avantages :



Un **suivi régulier** incluant un carnet de suivi, un **kit d'entretien** et une **garantie panne de 4 ans**.



Vos parents bénéficient des mêmes avantages que vous sur présentation de l'attestation téléchargeable depuis votre Espace assuré.



Pas d'avance de frais ni de devis à transmettre.



Avant d'engager vos frais, vous recevez automatiquement par sms et par mail votre devis, qui nous a été adressé par le professionnel de santé, avec votre reste à charge éventuel.



Garanties **soins courants**

Soins courants

Exemples de remboursement

← Sommaire



Jallil a des douleurs chroniques, son **médecin traitant** (généraliste) l’oriente vers un **cardiologue** (médecin spécialiste). **En prenant RDV depuis son appli Malakoff Humanis, il choisit un cardiologue qui pratique des honoraires libres.** C’est-à-dire qu’il n’a pas signé de convention avec l’Assurance Maladie pour limiter ses dépassements d’honoraires.

			 Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles					
		Complémentaire obligatoire				Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	
	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
				Socle				
Consultation généraliste secteur 2 non-signataire DPTM à compter du 22 décembre 2024	45,00 €	14,10 €	28,90 €	28,90 €	28,90 €	28,90 €	28,90 €	28,90 €
			RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)
Consultation spécialiste secteur 2 non-signataire DPTM à compter du 22 décembre 2024	80,00 €	14,10 €	29,90 €	29,90€	63,90 €	63,90 €	63,90 €	63,90 €
			RAC* : 36,00 € (1)	RAC* : 36,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)	RAC* : 2,00 € (1)

À savoir :
Jallil est mieux remboursé quand les praticiens adhèrent aux Dispositifs de Pratique de Tarifs Maîtrisés (DPTM) et sont conventionnés. Depuis l’Appli Malakoff Humanis, il trouve rapidement un professionnel de santé, voit ses tarifs et le montant de son remboursement.

(1) Participation forfaitaire de 2€ déduite



Soins courants

Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

Trouvez un professionnel de santé facilement

Notre Appli vous facilite la vie :

- elle recherche, autour de vous, les **médecins disponibles**,
- elle peut sélectionner les médecins **qui acceptent de nouveaux patients**,
- elle **calcule votre remboursement** et votre reste à charge éventuel.



Obtenez une téléconsultation dans l'heure

Depuis notre Appli vous accédez rapidement à un médecin généraliste en téléconsultation.

- Un service accessible **7j/7 de 8h à 20h en France comme à l'étranger**.
- La **transmission d'une ordonnance** utilisable directement en pharmacie.
- **5 téléconsultations par an et par bénéficiaire** sont prises en charge par votre contrat Santé.



Bénéficiez rapidement de l'avis d'un autre médecin

Vous souhaitez avoir un avis complémentaire face à l'annonce d'une maladie grave, d'un traitement lourd ou d'une intervention chirurgicale ? Avec notre partenaire « Deuxième avis médical », vous recevez, en moins de 7 jours, l'avis d'un spécialiste.

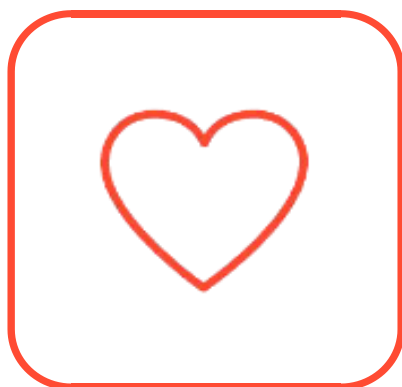
Accédez au service par téléphone : **01 81 80 00 48** ou en ligne sur **deuxiemeavis.fr**



Vos échanges et vos données sont protégés par le secret médical.



Vous recevez un compte rendu par mail.



Garanties **médecine additionnelle & prévention**

Médecine additionnelle & prévention

Exemples de remboursement

← Sommaire



Farah veut équilibrer son alimentation. Son généraliste lui conseille de se rendre chez un **diététicien**.

		 Complémentaire obligatoire	 Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles				
Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires et optique
65,00 €	00,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €

*Reste à charge

À savoir :

Pour être remboursée, son professionnel de santé doit être référencé par la Sécurité sociale et disposer d'un numéro RPPS. Au-delà du plafond de **150 €** par an et par bénéficiaire, chez des professionnels de médecine additionnelle (voir la liste en page 45), elle n'est plus remboursée.



Médecine additionnelle & prévention

Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

Trouvez un ostéopathe de confiance

Kalixia ostéo, c'est un réseau de 513 ostéopathes partenaires référencés pour la qualité de leurs pratiques.

Vous bénéficiez :

- **d'honoraires plafonnés,**
- **de soins de qualité** avec des professionnels diplômés d'Etat.

Trouvez facilement l'ostéo partenaire le plus proche depuis votre Espace assuré !

Réseau N°1
en France





Description des **garanties**



Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Diagramme illustrant la structure d'un contrat d'assurance complémentaire :

- Complémentaire obligatoire** (orange)
- Surcomplémentaire** (divisé en plusieurs niveaux) :
 - Socle** (orange)
 - Surcomplémentaire responsable** (bleu)
 - Surcomplémentaire honoraires** (vert)
 - Surcomplémentaire honoraires et optique** (rose)
 - Surcomplémentaire honoraires et optique** (gris)
 - Surcomplémentaire responsable** (violet)

[illegible]



Présentation des garanties

Hospitalisation

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

	Complémentaire obligatoire				Surcomplémentaire honoraires		Surcomplémentaire honoraires et optique
	Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable		Surcomplémentaire responsable
		Socle					
Chambre particulière ⁽³⁾ non remboursée par la Sécurité sociale Par nuitée, par journée (hospitalisation en ambulatoire)	2,50% PMSS	5,75% PMSS (conventionné) 4,75% PMSS (non conventionné) Maternité 3% PMSS	2,50% PMSS	2,50% PMSS	5,75% PMSS (conventionné) 4,75% PMSS (non conventionné) Maternité 3% PMSS		5,75% PMSS (conventionné) 4,75% PMSS (non conventionné) Maternité 3% PMSS
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursé par la Sécurité sociale – sur présentation d'une facture ⁽³⁾ Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans – par nuitée	2,50% PMSS	5,75% PMSS	2,50% PMSS	2,50% PMSS	5,75% PMSS		5,75% PMSS
Hospitalisation à domicile (prise en charge par la Sécurité sociale)							
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR		100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	200% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS		600% BRSS
Forfait maternité ou adoption plénière Par enfant	20% PMSS	25% PMSS	20% PMSS	20% PMSS	25% PMSS		25% PMSS



Hospitalisation

Limitations et Exclusions

[← Sommaire](#)

Exclusions

En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie - Hors chirurgie esthétique.

Les établissements suivants sont exclus du dispositif de remboursement :

Les centres de rééducation professionnelle, les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics, les instituts médico-pédagogiques, les instituts médico-pédagogiques professionnels, les centres d'aide par le travail, les centres médico-pédagogiques, les établissements de long séjour et les sections de long séjour, les maisons d'enfants à caractère sanitaire, les maisons d'accueil spécialisées.

En cas de demande supplémentaire du patient soumise à dépassement, la prise charge sera limitée au ticket modérateur.

Limitations

Frais de séjour	En établissement conventionné	- Les frais de séjour en établissement non conventionné sont remboursés à hauteur du ticket modérateur. - En cas de demande supplémentaire du patient soumise à dépassement, la prise charge sera limitée au ticket modérateur.
	En établissement non conventionné	
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité Sociale	Par nuitée	- La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. - La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et / ou anesthésie avec admission et sortie le même jour.
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	

Pour les mots surlignés, voir les définitions dans le glossaire en page suivante.



Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Certains médecins secteur 2 (qui pratiquent des dépassements d'honoraires) ont signé l'une des conventions OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OTPAM-CO (en chirurgie et obstétrique). Cela signifie qu'ils s'engagent à **limiter leurs dépassements d'honoraires** dans les conditions établies par la convention.

Consultez l'annuaire : annuaire.sante.ameli.fr
La mention "Conventionné secteur 2 avec option tarifaire (OPTAM)" s'affiche si le médecin secteur 2 s'est engagé.

Chambre particulière

La chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale est une prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

Établissement non conventionné

Les établissements non conventionnés sont des établissements privés qui n'ont pas conclu de contrat et ont des tarifs libres. Il vous restera un montant à payer de votre poche et le tiers payant ne pourra pas s'appliquer.

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la participation aux frais liés à l'hébergement, et notamment à la restauration.

Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée.

Frais de séjour

Les frais de séjour ou frais d'hospitalisation sont les frais facturés par l'établissement de santé pour couvrir les coûts d'un séjour hospitalier. (médicaments, examens de laboratoire...)

Forfait patient urgences

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences.



Présentation des garanties Dentaire

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

	Complémentaire obligatoire				Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique
	Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
		Socle				
DENTAIRE (auprès d'un professionnel)						
Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer ⁽⁶⁾	sans reste à payer ⁽⁶⁾	sans reste à payer ⁽⁶⁾	sans reste à payer ⁽⁶⁾	sans reste à payer ⁽⁶⁾	sans reste à payer ⁽⁶⁾
Soins et prothèses autres que 100% Santé						
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, gingivectomie	100% BRSS	400% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
Inlay-onlay	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% BRSS	400% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150 €	300 €	150 €	150 €	300 €	300 €
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-core)						
- Incisives, canines, prémolaires et molaires	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
- Couronne sur implant	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Inlay-core	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Bridge	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines) - par acte	360 €	540 €	360 €	360 €	540 €	540 €



Présentation des garanties

Dentaire

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Complémentaire obligatoire

Socle

Surcomplémentaire responsable

Surcomplémentaire honoraires

Surcomplémentaire honoraires et optique

Surcomplémentaire honoraires

Surcomplémentaire honoraires et optique

Surcomplémentaire responsable

Surcomplémentaire responsable

Socle

Implantologie

Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant, 3 implants maximum par an et par bénéficiaire

400 €

500 €

400 €

400 €

500 €

500 €

Orthodontie ⁽⁴⁾

Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire

300% BRSS

375% BRSS

300% BRSS

300% BRSS

375% BRSS

375% BRSS

Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres

580,50 €

726 €

580,50 €

580,50 €

726 €

726 €



Dentaire

Limitations

← Sommaire

À savoir :

Les plafonds de remboursement sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

Soins et prothèses dentaires 100 % Santé	Une sélection de soins et de prothèses dentaires intégralement remboursée.
Soins dentaires	Les soins sont remboursés dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
Orthodontie	Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.



Dispositif 100% Santé

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles.

Inlays – Onlays

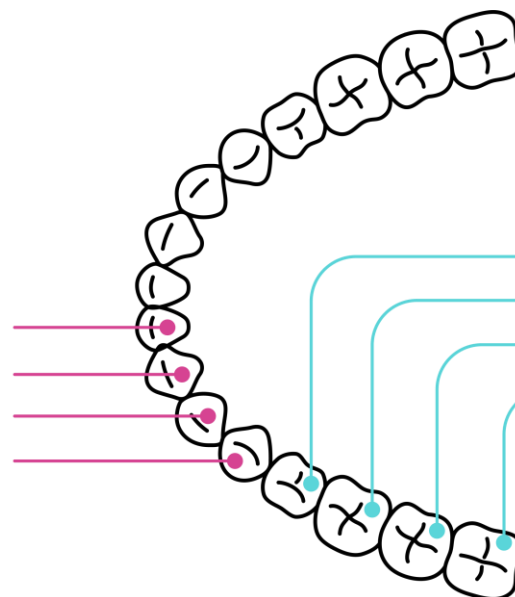
L'inlay-onlay sert à restaurer une dent atteinte d'une carie sur au moins une face. Il peut être réalisé quand la carie est importante et qu'un simple «plombage» ne permet pas de reconstituer la dent.

Inlay-core

L'inlay-core sert de socle avant la pose d'une couronne ou d'un bridge. En renforçant la racine dentaire, il permet la pose de la couronne et ainsi d'éviter l'extraction dentaire.

DENTS VISIBLES

Incisive centrale
Incisive latérale
Canine
Première prémolaire



DENTS NON VISIBLES

Seconde prémolaire
Première molaire
Seconde molaire
Troisième molaire



Présentation des garanties

Optique

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Complémentaire obligatoire

Socle

Surcomplémentaire responsable

Surcomplémentaire honoraires

Surcomplémentaire honoraires et optique

Surcomplémentaire honoraires

Surcomplémentaire honoraires et optique

Surcomplémentaire responsable

Surcomplémentaire responsable

Socle

OPTIQUE : ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)

Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales

Équipement 100 % Santé** (classe A) ⁽⁹⁾ 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⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) ⁽⁹⁾ Y compris le remboursement de la sécurité sociale						
Par bénéficiaire						
Monture	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)
Équipement avec 2 verres simples y compris monture	260 €	420 €	260 €	410 €	420 €	570 €
Équipement avec 2 verres complexes y compris monture	670 €	700 €	670 €	970 €	700 €	1000 €
Équipement avec 2 verres très complexes y compris monture	800 €	800 €	800 €	1250 €	800 €	1250 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Lentilles						
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽¹³⁾	200 € (100% BRSS minimum)	300 € (100% BRSS minimum)	200 € (100% BRSS minimum)	200 € (100% BRSS minimum)	300 € (100% BRSS minimum)	300 € (100% BRSS minimum)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽¹³⁾	200 €	300 €	200 €	200 €	300 €	300 €
Chirurgie optique réfractive Par œil et par bénéficiaire	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €



Optique

Limitations (page 1/2)

[← Sommaire](#)

Lunettes 100 % Santé (classe A) : 1 monture + 2 verres + Examen de la vue par l'opticien.		Dispositif 100 % Santé : une sélection de montures et de verres intégralement remboursés.
Lunettes Hors 100% Santé (classe B) : 1 monture + 2 verres	Par monture	Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par la nomenclature de la Sécurité sociale. L'équipement optique ne concerne pas les produits suivants : étuis, lunettes de soleil, produits d'entretien, cordons à lunettes. Le renouvellement des équipements est pris en charge : • Tous les 2 ans pour les 16 ans et plus, • Tous les ans pour les moins de 16 ans. À titre dérogatoire : • Les enfants de moins de 7 ans peuvent avoir un changement d'équipement tous les 6 mois en cas de changement de morphologie du visage, • Les moins de 16 ans n'ont pas de délai à respecter en cas de changement d'acuité visuelle, • Les 16 ans et plus ont un délai minimal d'un an à respecter en cas de changement d'acuité visuel, • Aucun délai minimal n'est à respecter en cas de pathologie spécifique, • Tous les 6 mois en cas de bris pour les patients atteints de troubles neurologiques graves. Les équipements sont remboursés dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
	Par verre simple	
	Par verre complexe	
	Par verre très complexe	
Lentilles prescrites	Par an et par bénéficiaire	



Optique

Limitations (page 2/2)

[← Sommaire](#)

	Par Délais de renouvellement légal	Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue	En cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières
Adulte et enfant de 16 ans et plus	2 ans de date à date	1 an de date à date	Pas de délai pour les verres
Enfant de 6 à 16 ans (16 ans non inclus)	2 ans de date à date	Pas de délai pour les verres	Pas de délai pour les verres
Enfant de 0 à 6 ans (6 ans non inclus)	1 an de date à date (exception : 6 mois pour la monture et les verres en cas d'évolution de la morphologie du visage)	Pas de délai pour les verres	Pas de délai pour les verres



Dispositif 100% Santé

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles.

Réseau Kalixia

Les professionnels de santé partenaires du réseau Kalixia s'engagent à proposer des prestations de qualité.

Le tiers payant est systématique et les tarifs sont négociés.

Verre simple

Ce sont des verres à simple foyer, qui vont corriger soit la myopie, soit l'astigmatisme, soit l'hypermétropie.

Simple foyer signifie qu'ils ne peuvent corriger qu'une seule pathologie.

Verre complexe

Ce sont des verres multifocaux ou progressifs qui possèdent plusieurs foyers (double ou triple foyer) et sont donc capables de prendre en compte 2 ou 3 pathologies.

1 monture + 2 verres

Renouvellement par équipement (monture + 2 verres).

Verre très complexe

Ce sont des verres complexes qui ont une très forte correction.



Présentation des garanties

Audition

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Complémentaire
obligatoire



AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille, renouvellement tous les 4 ans						
Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾	sans reste à payer ⁽⁷⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***) Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale						
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par oreille et par bénéficiaire	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €
Accessoires et fournitures	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS



Audition Limitations

← Sommaire

Aide auditive ou équipement par oreille - Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Equipements 100 % Santé : aides auditives de classe I	Intégralement remboursé Dispositif 100 % Santé : une sélection d'aides auditives intégralement remboursée.
Aides auditives hors 100 % santé	Remboursées dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.



Dispositif 100% Santé

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles..

Accessoires & fournitures

Il s'agit par exemples des piles ou des embouts auriculaires.

Classe d'équipement auditif

L'équipement auditif de « 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.

L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros 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.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Institution, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.



Présentation des garanties

Soins courants

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Complémentaire
obligatoire

Surcomplémentaire
honoraires

Surcomplémentaire
honoraires et optique

Surcomplémentaire
responsable

Surcomplémentaire
honoraires

Surcomplémentaire
honoraires et optique

Surcomplémentaire
responsable

Surcomplémentaire
responsable

Socle

Socle

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% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	200% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200% BRSS	200% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Chez un spécialiste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	200% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200% BRSS	200% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Acte techniques médicaux Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	200% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200% BRSS	200% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS



Présentation des garanties

Soins courants

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles					
	Complémentaire obligatoire					
	Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique
	Socle	Socle				
Actes d'imagerie médicale Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	200% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550 %BRSS	550% BRSS
Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	100% BRSS	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	100% BRSS	100% BRSS	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)
Dispositif Mon soutien Psy Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité Sociale ⁽¹²⁾	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100%BRSS 300 % BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	300% BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)	300% BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)
Matériel médical Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	250% BRSS	480% BRSS	250% BRSS	250% BRSS	480% BRSS	480% BRSS
Non remboursé par la Sécurité sociale	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Fauteuil roulant	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS



Présentation des garanties

Soins courants

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Complémentaire
obligatoire

Surcomplémentaire
honoraires

Surcomplémentaire
honoraires et optique

Surcomplémentaire
responsable

Surcomplémentaire
honoraires

Surcomplémentaire
honoraires et optique

Surcomplémentaire
responsable

Surcomplémentaire
responsable

Socle

Socle

Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁵⁾	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique. Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel par bénéficiaire	100% BRSS -	100% BRSS 23,50% PMSS	100% BRSS -	100% BRSS -	100% BRSS 23,50% PMSS	100% BRSS 23,50% PMSS
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	-	17% PMSS	-	-	17% PMSS	17% PMSS
Médicaments						
Médicaments remboursés à 65% ⁽¹¹⁾	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés à 30% ⁽¹¹⁾	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés à 15% ⁽¹¹⁾	15% BRSS	100% BRSS	15% BRSS	15% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Préparation magistrale remboursable à 65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccin préventif du cancer du col de l'utérus remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	-	150 € / an / bénéficiaire	-	-	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire



Soins courants

Limitations et Exclusions (page 1/2)

[← Sommaire](#)

Exclusion

Les frais médicaux, de toute nature, n'ayant pas donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale ne sont pas remboursés, sauf indication contraire définie par la garantie.

Limitations			
Honoraires médicaux	Généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	- Le montant de la majoration des visites à domicile n'est pas remboursé pour les cas non justifiés par des conditions médicales ou particulières. - La participation forfaitaire de 2 € n'est pas remboursée.
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
	Spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
	Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
	Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	



Soins courants

Limitations et Exclusions (page 2/2)

[← Sommaire](#)

Exclusion

L'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) n'est pas remboursé.

Limitations

Médicaments	Médicaments remboursés à 65% Vignette blanche	- Le remboursement est limité au ticket modérateur pour les médicaments remboursés par la Sécurité sociale. - La franchise de 1 € par boîte de médicaments n'est pas remboursée - Les produits vendus en pharmacie au taux de 20 % ne sont pas remboursés
	Médicaments remboursés à 30% Vignette bleue	
	Médicaments remboursés à 15% Vignette orange	
Consultation de psychologue, remboursée par la Sécurité sociale - dispositif « Mon soutien psy ». (12 séances/an/ bénéficiaire) La liste des psychologues référencés est disponible sur le site : monpsy.sante.gouv.fr		Ce dispositif donne accès à des consultations de psychologues conventionnés intégralement remboursées : - Dans la limite de 12 séances par an. - Le tarif des consultations est fixé à 50 euros. - Seules les séances réalisées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement. Ces séances ne peuvent pas faire l'objet de dépassement d'honoraires. Pour les séances de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale, voir la garantie « médecine additionnelle et de prévention ».



BRSS - Base de remboursement Sécurité sociale

C'est le tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

En complément, la mutuelle peut effectuer un remboursement, en fonction de ce tarif de base.

Retrouvez les BR des différents actes et soins médicaux ici :
Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement.

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.

TM - Ticket modérateur

Montant des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Certains médecins secteur 2 (qui pratiquent des dépassements d'honoraires) ont signé l'une des conventions OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OTPAM-CO (en chirurgie et obstétrique).

Cela signifie qu'ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions établies par la convention.

Consultez l'annuaire : annuaire.sante.ameli.fr
La mention "Conventionné secteur 2 avec option tarifaire (OPTAM)" s'affiche si le médecin secteur 2 s'est engagé.

Participation forfaitaire et franchise médicale

Il existe des forfaits pour certains actes, qui ne sont remboursés ni par la Sécurité sociale, ni par la mutuelle. Il s'agit notamment de : la participation forfaitaire de 2 € sur les consultations ou actes médicaux, la franchise médicale de 1 € par boîte de médicaments.



Présentation des garanties

Médecine additionnelle

[← Sommaire](#)

Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles

Complémentaire obligatoire

Socle

Surcomplémentaire responsable

Surcomplémentaire honoraires

Surcomplémentaire honoraires et optique

Surcomplémentaire honoraires

Surcomplémentaire honoraires et optique

Surcomplémentaire responsable

Surcomplémentaire responsable

Socle

Médecine additionnelle et de prévention (sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel) - non remboursée par la sécurité sociale Acupuncteur, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychomotricien, Pédicure/Podologue, Diététicien, Psychologue, Tabacologue	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire
Actes spécifiques						
Amniocentèse non remboursée par la Sécurité Sociale - par acte	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Actes de prévention Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS



Médecine additionnelle & prévention

Limitations

← Sommaire

Médecine additionnelle et de prévention **non remboursée par la Sécurité sociale incluant :**

**Ostéopathe,
Acupuncteur,
Tabacologue,
Chiropracteur,
Psychologue,
Pédicure,
Podologue,
Psychomotricien,
Diététicien**

- **Forfait annuel : 150 €**
- Remboursement total ou partiel dans la limite du forfait sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel

Le lexique

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de deux euros ou d'une franchise).

RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale).

RC = Régime complémentaire.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (estimation 2025 : 3 925 €)."

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

** Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

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

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

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

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

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

(5) 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.

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

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

(8) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)

(9) L'équipement optique de "classe A" est sans reste à charge pour l'assuré : 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".

L'équipement optique de "classe B" : cet équipement est remboursé 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.

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

(11) 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/e-commerce/search.

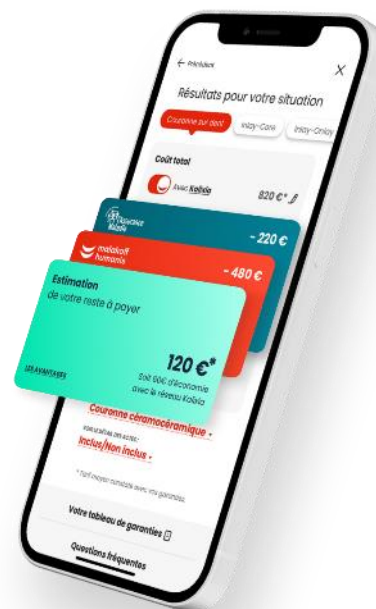
Médicaments identifiables par leurs taux de TVA : 2,1%, 5,5% ou 10%. Les produits vendus en pharmacie au taux de 20% ne relèvent pas de la garantie."

(12) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr

(13) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.



Pour réaliser toutes vos démarches simplement et rapidement, créez votre **Espace assuré** puis téléchargez l'**Application mobile Malakoff Humanis**.



Pour mieux anticiper vos dépenses, accédez à notre **simulateur de remboursement** depuis votre Appli.