

TABLEAU DES GARANTIES "ESSENTIEL" - régime général
Mutuelle Malakoff Humanis Saint-Gobain

Les remboursements interviennent **y compris** le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

		ESSENTIEL
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour	En établissement conventionné	100% BR
	En établissement non conventionné (2)	100% BR
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionné et non conventionné)*	180% BR
Forfait journalier hospitalier (3) - Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière (4) - non remboursée par la Sécurité sociale		30 €
DENTAIRE (5)		
Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (8)
Soins	Soins dentaires	100% BR
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	250% BR
	Inlay-core	145% BR
	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	250% BR
	Inlay-core à tarifs modérés	145% BR
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	250% BR
	Inlay-core à tarifs libres	145% BR
Couronnes non remboursées par la Sécurité sociale		Néant
Implants dentaires		300€ (1 par an)
Orthodontie (6)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	175% BR
OPTIQUE		
pour les adultes, un équipement (verres et monture) tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maxi d'un équipement annuel. La période de 2 ans s'apprécie selon la date d'acquisition d'un précédent équipement - pour les enfants de moins de 16 ans, un équipement annuel.		
Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (9)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		dans la limite du contrat responsable
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans****	60% BR + 2,25%PMSS
	par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans****	60% BR + 3%PMSS
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans****	60% BR + 3%PMSS
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans****	60% BR + 2%PMSS
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	60% BR + 2,25%PMSS
	par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	60% BR + 3%PMSS
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	60% BR + 3%PMSS
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	60% BR + 2%PMSS
Lentilles	prescrites remboursées par la Sécurité sociale (7)	60% BR + 3% PMSS
	prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (7)	3,0% PMSS
Chirurgie optique réfractive ou implants multifocaux - Par œil / an / bénéficiaire		500€ / œil

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (par oreille)

Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	60% BR + 500€
À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (9)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	60% BR + 500€

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	Consultation / visite / consultation en ligne	
chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR
chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180% BR
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
Honoraires paramédicaux		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% BR + 5% PMSS
Frais de transport		100% BR
Cures thermales en France remboursée par la Sécurité Sociale	Forfait global annuel	-
	Honoraires et traitement thermal	100% BR
	Hébergement et transport	100% BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%	100% BR
Médecine additionnelle -Non remboursée par la Sécurité sociale	Ostéopathie, chiropractie, Etiopathie, Microkinésie	Néant

DOCUMENT NON CONTRACTUEL

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €).

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

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

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

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

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

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

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

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

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

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

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

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies à la Notice d'Information

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis à la Notice d'Information.

Mutuelle Malakoff Humanis - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Siège social: 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 784 718 256