

La couverture santé des organismes de tourisme

APPLICATION ACCORD DU 15 SEPTEMBRE 2015 MODIFIE PAR AVENANT DU 2 NOVEMBRE 2021

Au terme d'une procédure d'appel d'offre respectant les principes de libre concurrence et dans un cadre consensuel avec nos partenaires sociaux en commission paritaire, l'avenant à l'accord de branche du 15 septembre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé obligatoire a été signé le 2 novembre 2021 et est en cours d'extension.

La présente fiche reprend les dispositions de l'accord initial et de son avenant et synthétise les règles relatives à la couverture santé actualisée :

1. UN ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDE

- MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
- Cet organisme a adressé une information relative au transfert d'assureur par courrier du 6 décembre 2021 aux organismes adhérents de l'IPSEC. Le transfert se fait au 1^{er} janvier 2022 sans formalité supplémentaire en lieu et place de l'IPSEC.
- Les organismes non adhérents de l'IPSEC peuvent se rapprocher de MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE directement s'ils le souhaitent.

2. QUELS COLLABORATEURS CONCERNES?

- Tous les collaborateurs bénéficient de la couverture santé obligatoire sous réserve des dispenses d'affiliation (Cf fiche sociale sur dispenses mutuelle obligatoire) ;
- Les guides conférenciers bénéficient de modalités de cotisations spécifiques ;
- Les collaborateurs bénéficiant de la couverture santé collective obligatoire ont la possibilité d'en faire bénéficier à titre facultatif leurs ayants droit dans les mêmes conditions que l'adhésion de base obligatoire ou s'il a opté pour les garanties supplémentaires, des garanties de base et supplémentaires.

Les ayants droit sont :

- o Le conjoint ou le partenaire de PACS, concubin
- o Les enfants à charge
- o Les enfants reconnus handicapés sans limite d'âge

3. QUELS COLLABORATEURS PEUT DEMANDER A ETRE DISPENSES D'AFFILIATION ?

Cf fiche sociale n°20 relatives aux dispenses de la mutuelle obligatoire

4. QUELLE EST LA NATURE DE LA COUVERTURE SANTE COLLECTIVE MISE EN PLACE ?

- Il s'agit d'une couverture santé « base seule obligatoire », c'est-à-dire qu'elle ne couvre à titre obligatoire que le salarié et non pas sa famille.
- Le salarié peut choisir d'en faire bénéficier ses ayants droit ; c'est alors un choix individuel.
- Le régime collectif obligatoire est constitué d'un régime de base seul et 2 régimes optionnels). Le salarié peut choisir d'améliorer le régime de base en optant pour un régime optionnel. Il s'agit là encore d'un choix individuel.
- Le salarié peut faire bénéficier ses ayants droits des régimes optionnels qu'il a choisis. Il n'est pas possible à un salarié de choisir un régime différent du sien pour ses ayants droit.

Remarque :

- *La structure peut décider de mettre en place à titre obligatoire un des régimes optionnels de l'accord de branche.*
- *Quel que soit l'organisme assureur auquel adhère la structure, elle doit vérifier que es garanties couvertes sont au moins égales aux garanties de base identifiées par le présent avenant.*

Garanties exprimées en complément de la Sécurité Sociale

	Base seule	Base + Option 1	Base + Option 2
ACTES MÉDICAUX COURANTS ACCEPTÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Consultations / visites de généralistes adhérents OPTAM/OTAM-CO	TM	50% BR	100% BR
Consultations / visites de généralistes NON adhérents OPTAM/OTAM-CO ou non conventionnés	TM	30% BR	80% BR
Consultations / visites de spécialistes et professeurs adhérents OPTAM/OTAM-CO	100% BR	200% BR	300% BR
Consultations / visites de spécialistes et professeurs NON adhérents OPTAM/OTAM-CO ou non conventionnés	80% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Auxiliaires médicaux	TM	TM	150% BR
Actes techniques médicaux réalisés par un praticien adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	200% BR	300% BR
Actes techniques médicaux réalisés par un praticien NON adhérent OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné	80% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Analyses	TM	TM	TM
Imagerie médicale réalisée par un praticien adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	200% BR	300% BR
Imagerie médicale réalisée par un praticien NON adhérent OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné	80% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Participation actes coûteux (forfait 18€)	100% FR	100% FR	100% FR
Transport accepté par la Sécurité Sociale	TM	TM	TM
PHARMACIE			
Pharmacie pour tout SMR	TM (base TFR)	TM (base TFR)	TM (base TFR)
DIVERS			
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	TM	TM	TM
Ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens diplômés	20€ / séance (maxi 2)	30€ / séance (maxi 3)	40€ / séance (maxi 4)
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, maternité (établissements conventionnés ou non) - Acceptée par la SS			

Frais de séjour	TM	TM	TM
Honoraires médicaux d'un praticien adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	300% BR
Honoraires médicaux d'un praticien NON adhérent OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné	80% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Honoraires chirurgicaux d'un praticien adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	300% BR
Honoraires chirurgicaux d'un praticien NON adhérent OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné	80% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Participation actes coûteux	100% FR	100% FR	100% FR
Transport accepté par la Sécurité Sociale	TM	TM	TM
Lit accompagnant enfant hospitalisé	15€ / nuit	30€ / nuit	45€ / nuit
Chambre particulière	30€ / nuit	50€ / nuit	85€ / nuit
FRAIS DENTAIRES			
Prothèses dentaires : Panier "100% Santé" dans la limite des honoraires limite de facturation (HLF)	100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses dentaires : Panier reste à charge maîtrisés	150% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires : Panier reste à charge libres	150% BR	250% BR	350% BR
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale	TM	TM	TM
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	150% BR	250% BR	350% BR
Implantologie	-	200 €	500 €
ORTHOPÉDIE - PROTHÈSES MÉDICALES (hors dentaires)			
Orthopédie et prothèses médicales prises en charge par la Sécurité Sociale	TM	125% BR	250% BR
OPTIQUE - Une paire de lunettes par bénéficiaire tous les 2 ans, sauf changement de vue (tous les ans pour les mineurs)			
<i>Équipement "100% Santé" - Classe A</i>			
Équipement complet - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	100% FR	100% FR	100% FR
<i>Équipement autre que "100 Santé" - Classe B (BR incluse)</i>			
Monture prise en charge par la Sécurité Sociale	100 €	100 €	100 €
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité Sociale et jetables	50 €	100 €	150 €
Opération chirurgie Laser (par œil)	-	200 €	500 €
<i>Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :</i>			
- Verre simple	80 €	120 €	160 €
- Verre complexe	160 €	200 €	300 €
- Verre très complexe	300 €	325 €	350 €
AIDES AUDITIVES ET APPAREILLAGES			
Équipements "100% Santé" dans la limite des prix limites de vente (PLV) - Appareillage par oreille tous les 4 ans	100% FR	100% FR	100% FR
Équipements "100% Santé" dans la limite de 1 700€ par oreille (y compris Sécurité Sociale)	TM	125% BR	250% BR

TM = Ticket modérateur, BR = Base de remboursement de la sécurité Sociale, FR = Frais réels, TFR = Tarifforfaire de responsabilité

5. COMMENT EST FINANCEE LA COUVERTURE SANTE ?

- Le régime de base est financé par une cotisation mensuelle de 1.40% du PMSS* au 1^{er} janvier 2022 et 0.91% du PMSS en Alsace-Moselle répartie en moitié entre l'employeur et le salarié. La structure peut décider une prise en charge plus favorable.
- Les ayants droit et les régimes optionnels sont pris en charge par le salarié seul. La cotisation supplémentaire doit être payée pour chaque ayant droit.

1 - CHOIX DE L'ENTREPRISE POUR L'ADHÉSION OBLIGATOIRE : BASE CONVENTIONNELLE

	Socle : Base Conventiennelle		Régime surcomplémentaire facultatif			
	Régime Général	Régime Alsace Moselle	Option 1 Régime Général	Option 1 Régime Alsace Moselle	Option 2 Régime Général	Option 2 Régime Alsace Moselle
Salariés	1.40% PMSS adhésion obligatoire	0.91% PMSS adhésion obligatoire	+ 0.28% PMSS	+ 0.25% PMSS	+ 0.36% PMSS	+ 0.30% PMSS
Extension conjoint à adhésion facultative	+ 1.40% PMSS	+ 0.91% PMSS	+ 0.28% PMSS	+ 0.25% PMSS	+ 0.36% PMSS	+ 0.30% PMSS
Extension enfant à adhésion facultative	+ 0.90% PMSS	+ 0.64% PMSS	+ 0.22% PMSS	+ 0.21% PMSS	+ 0.30% PMSS	+ 0.28% PMSS

2 - CHOIX DE L'ENTREPRISE POUR L'ADHÉSION OBLIGATOIRE : BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1

	Socle : Base Conventiennelle + Option 1		Régime surcomplémentaire facultatif	
	Régime Général	Régime Alsace Moselle	Option 2 Régime Général	Option 2 Régime Alsace Moselle
Salariés	1.68% PMSS adhésion obligatoire	1.16% PMSS adhésion obligatoire	+ 0.08% PMSS	+ 0.05% PMSS
Extension conjoint à adhésion facultative	+ 1.68% PMSS	+ 1.16% PMSS	+ 0.08% PMSS	+ 0.05% PMSS
Extension enfant à adhésion facultative	+ 1.12% PMSS	+ 0.85% PMSS	+ 0.08% PMSS	+ 0.07% PMSS

3 - CHOIX DE L'ENTREPRISE POUR L'ADHÉSION OBLIGATOIRE : BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2

	Socle : Base Conventiennelle + option 2	
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Salariés	1.76% PMSS adhésion obligatoire	1.21% PMSS adhésion obligatoire
Extension conjoint à adhésion facultative	+ 1.76% PMSS	+ 1.21% PMSS
Extension enfant à adhésion facultative	+ 1.20% PMSS	+ 0.92% PMSS

* Le PMSS au 1^{er} janvier 2022 est égal à 3428 euros.

6. MODALITES DE FINANCEMENT APPLICABLES AUX GUIDES CONFERENCIERS

- L'avenant reprend les dispositions de l'accord de branche initial de 2015. Il doit fournir le justificatif ad hoc.
- Le guide peut dans certains cas solliciter une dispense d'affiliation (Cf fiche dispenses mutuelle obligatoire).
- A défaut de dispense, le guide s'engage à une adhésion de 12 mois qu'il acquitte en totalité par prélèvement mensuel de l'organisme assurance.
- Pour chaque journée d'intervention l'office de tourisme lui remboursera 1/20e de la part patronale de la cotisation mensuelle.

7. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

- L'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause (maladie, maternité, accident, activité partielle, activité partielle de longue durée) dès lorsqu'elle bénéficie pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la structure, ou d'un revenu de remplacement versé par la structure.
- L'employeur continu à acquitter sa part de cotisation et parallèlement le salarié doit continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

8. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Les choix et les précisions relatifs aux options de l'accord de branche feront l'objet d'une « décision unilatérale » de l'employeur établie avec l'assureur ou d'un accord d'entreprise.

Annexes :

- **Tableaux comparatifs des garanties**
- **Contact Malakoff HUMANIS**

Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	ANCIENNE Base seule	NOUVELLE Base seule
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour		
En établissement conventionné	TM	TM
En établissement non conventionné (2)	TM	TM
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	100 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	80 % BR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée (3)	100% FR	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		
Participation forfaitaire y compris soins courants	100% FR	100 % FR
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (4)		
Par nuitée	-	30 €
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursé par la Sécurité sociale (4)		
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 14 ans - par nuitée	-	15 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé** (7)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé		
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale	TM	TM
Prothèses autres que 100 % Santé (5)		
TARIF MODÉRÉ		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	130 % BR	150 % BR
TARIF LIBRE		
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	130 % BR	150 % BR
Implantologie		-
Orthodontie (6)		
Remboursée par la Sécurité sociale	55% BR	150 % BR
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres)		
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales		
Équipement 100 % Santé**(8) (classe A)		
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer	Sans reste à payer

	ANCIENNE Base seule	NOUVELLE Base seule
Y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien****	Sans reste à payer	Sans reste à payer
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) (suite)		
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
Par bénéficiaire		
• Par verre simple	Grille optique	80 €
• Par verre complexe	Grille optique	160 €
• Par verre très complexe	Grille optique	300 €
• Par monture de lunettes	50 €	100 €
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	50 €	50 €
Chirurgie optique réfractive		
Forfait / œil / bénéficiaire	-	-
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		
Équipement 100 % Santé** à compter du 01/01/2021 (8) (classe I**)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé à compter du 01/01/2021 (classe II***)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		1 700 € TTC
Par bénéficiaire	TM	TM
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*	TM	TM
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	50 % BR	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	30 % BR	80 % BR
Actes techniques médicaux		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	50 % BR	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	30 % BR	80 % BR
Actes d'imagerie médicale		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	80 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
	TM	TM
Auxiliaires médicaux		
	TM	TM
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	TM	TM
Frais de transport sanitaire		
Transport accepté par la Sécurité sociale	TM	TM

	ANCIENNE Base seule	Nouvelle Base seule
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)		
Cures thermales		
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	-	TM
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%	TM	TM
Médicaments remboursés à 30%	TM	TM
Médicaments remboursés à 15%	-	TM
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe - par consultation, limité à X consultation/an/bénéficiaire	-	20€ / séance (max 2)
Assistance		
Garanties assurées par Auxia assistance	OUI	OUI

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, **BRSS - 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, **HLF** = Honoraires Limite de Facturation, **PLV** = Prix Limite de Vente

(*) 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 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 maximums 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 prise en charge minimale au TM. (3) 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 et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale. (4) 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) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé. (6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	ANCIENNE Base + Option 1	NOUVELLE Base + Option 1
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour		
En établissement conventionné	TM	TM
En établissement non conventionné (2)	TM	TM
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée (3)	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		
Participation forfaitaire y compris soins courants	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (4)		
Par nuitée	30 €	50 €
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursé par la Sécurité sociale (4)		
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 14 ans - par nuitée	15 €	30 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé** (7)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé		
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale	TM	TM
Prothèses autres que 100 % Santé (5)		
TARIF MODÉRÉ		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	200 % BR	250 % BR
TARIF LIBRE		
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	200 % BR	250 % BR
Implantologie	200 €	200 €
Orthodontie (6)		
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	250 % BR
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres)		
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales		
Équipement 100 % Santé**(8) (classe A)		
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer	Sans reste à payer

	ANCIENNE Base + Option 1	NOUVELLE Base + Option 1
Y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien****	Sans reste à payer	Sans reste à payer
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) (suite)		
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
Par bénéficiaire		
• Par verre simple	Grille optique	120 €
• Par verre complexe	Grille optique	200 €
• Par verre très complexe	Grille optique	325 €
• Par monture de lunettes	100 €	100 €
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	100 €	100 €
Chirurgie optique réfractive		
Forfait / œil / bénéficiaire	200 €	200 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		
Équipement 100 % Santé** à compter du 01/01/2021 (8) (classe I**)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé à compter du 01/01/2021 (classe II***)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		1 700 € TTC
Par bénéficiaire	100 % BR	125 % BR
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*	50 % BR	50 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	30 % BR	30 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR	TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR	TM + 100 % BR
Actes d'imagerie médicale		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	200 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
	TM	TM
Auxiliaires médicaux		
	TM	TM
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	100 % BR	125 % BR
Frais de transport sanitaire		
Transport accepté par la Sécurité sociale	TM	TM

	ANCIENNE Base + Option 1	NOUVELLE Base + Option 1
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)		
Cures thermales		
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	TM	TM
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%	TM	TM
Médicaments remboursés à 30%	TM	TM
Médicaments remboursés à 15%	TM	TM
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe - par consultation, limité à X consultation/an/bénéficiaire	20€ / séance (max 3)	30€ / séance (max 3)
Assistance		
Garanties assurées par Auxia assistance	OUI	OUI

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, **BRSS - 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, **HLF** = Honoraires Limite de Facturation, **PLV** = Prix Limite de Vente

(*) 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 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 maximums 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 prise en charge minimale au TM. (3) 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 et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale. (4) 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) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé. (6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	ANCIENNE Base + Option 2	NOUVELLE Base + Option 2
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour		
En établissement conventionné	TM	TM
En établissement non conventionné (2)	TM	TM
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	300 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée (3)	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		
Participation forfaitaire y compris soins courants	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (4)		
Par nuitée	50 €	85 €
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursé par la Sécurité sociale (4)		
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 14 ans - par nuitée	15 €	45 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé** (7)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé		
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale	TM	TM
Prothèses autres que 100 % Santé (5)		
TARIF MODÉRÉ		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	300 % BR	350 % BR
TARIF LIBRE		
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	300 % BR	350 % BR
Implantologie	300 €	500 €
Orthodontie (6)		
Remboursée par la Sécurité sociale	200 % BR	350 % BR
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres)		
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales		
Équipement 100 % Santé**(8) (classe A)		
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer	Sans reste à payer

	ANCIENNE Base + Option 2	NOUVELLE Base + Option 2
Y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appariage des verres par l'opticien****	Sans reste à payer	Sans reste à payer
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) (suite)		
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
Par bénéficiaire		
• Par verre simple	Grille optique	160 €
• Par verre complexe	Grille optique	300 €
• Par verre très complexe	Grille optique	350 €
• Par monture de lunettes	100 €	100 €
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	150 €	150 €
Chirurgie optique réfractive		
Forfait / œil / bénéficiaire	300 €	500 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		
Équipement 100 % Santé** à compter du 01/01/2021 (8) (classe I***)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé à compter du 01/01/2021 (classe II***)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		1 700 € TTC
Par bénéficiaire	200 %BR	250 %BR
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*	80 % BR	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	60 % BR	80 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	300 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	300 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Actes d'imagerie médicale		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300 % BR	300 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	TM	TM
Auxiliaires médicaux	TM	150 % BR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	200 % BR	250 % BR
Frais de transport sanitaire		
Transport accepté par la Sécurité sociale	TM	TM

	ANCIENNE Base + Option 2	NOUVELLE Base + Option 2
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)		
Cures thermales		
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	TM	TM
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%	TM	TM
Médicaments remboursés à 30%	TM	TM
Médicaments remboursés à 15%	TM	TM
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe - par consultation, limité à X consultation/an/bénéficiaire	20€ / séance (max 6)	40€ / séance (max 4)
Assistance		
Garanties assurées par Auxia assistance	OUI	OUI

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, **BRSS - 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, **HLF** = Honoraires Limite de Facturation, **PLV** = Prix Limite de Vente

(*) 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 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 maximums 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 prise en charge minimale au TM. (3) 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 et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale. (4) 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) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé. (6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	ANCIENNE Base + Option 3	NOUVELLE Base + Option 2
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour		
En établissement conventionné	TM	TM
En établissement non conventionné (2)	TM	TM
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 125 % BR	300 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée (3)	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		
Participation forfaitaire y compris soins courants	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (4)		
Par nuitée	85 €	85 €
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursé par la Sécurité sociale (4)		
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 14 ans - par nuitée	45 €	45 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé** (7)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé		
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale	125 % FR	TM
Prothèses autres que 100 % Santé (5)		
TARIF MODÉRÉ		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	350 % BR	350 % BR
TARIF LIBRE		
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	350 % BR	350 % BR
Implantologie	500 €	500 €
Orthodontie (6)		
Remboursée par la Sécurité sociale	300 % BR	350 % BR
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres)		
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales		
Équipement 100 % Santé**(8) (classe A)		
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer	Sans reste à payer

	ANCIENNE Base + Option 3	NOUVELLE Base + Option 2
Y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien****	Sans reste à payer	Sans reste à payer
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) (suite)		
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
Par bénéficiaire		
• Par verre simple	Grille optique	160 €
• Par verre complexe	Grille optique	300 €
• Par verre très complexe	Grille optique	350 €
• Par monture de lunettes	100 €	100 €
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	150 €	150 €
Chirurgie optique réfractive		
Forfait / œil / bénéficiaire	300 €	500 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		
Équipement 100 % Santé** à compter du 01/01/2021 (8) (classe I**)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé à compter du 01/01/2021 (classe II***)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		1 700 € TTC
Par bénéficiaire	250 %BR	250 %BR
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*	125 % BR	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	80 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250 % BR	300 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250 % BR	300 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Actes d'imagerie médicale		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300 % BR	300 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
	TM	TM
Auxiliaires médicaux		
	150 % BR	150 % BR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	250 % BR	250 % BR
Frais de transport sanitaire		
Transport accepté par la Sécurité sociale	TM	TM

	ANCIENNE Base + Option 3	NOUVELLE Base + Option 2
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)		
Cures thermales		
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	TM	TM
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%	TM	TM
Médicaments remboursés à 30%	TM	TM
Médicaments remboursés à 15%	TM	TM
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe - par consultation, limité à X consultation/an/bénéficiaire	25€ / séance (max 6)	40€ / séance (max 4)
Assistance		
Garanties assurées par Auxia assistance	OUI	OUI

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, **BRSS - 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, **HLF** = Honoraires Limite de Facturation, **PLV** = Prix Limite de Vente

(*) 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 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 maximums 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 prise en charge minimale au TM. (3) 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 et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale. (4) 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) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé. (6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

RESPONSABLES RELATIONS EXTERIEURES TERRITORIAUX

Catherine JOUSSE – 06 12 23 44 45
catherine.jousse@malakoffhumanis.com

Christine SICCA – 07 87 29 79 39
christine.sicca@malakoffhumanis.com

Eric HIEZ – 06 29 25 62 69
eric.hiez@malakoffhumanis.com

Manager : Thierry MOHIMONT – 06 31 26 04 88
thierry.mohimont@malakoffhumanis.com

Perrine VIDELENNE – 06 80 45 55 39
perrine.videlenne@malakoffhumanis.com

Agnès COLONVAL – 06 70 90 12 77
agnes.colonval@malakoffhumanis.com
Brigitte ROBLET – 06 32 36 27 58
brigitte.roblet@malakoffhumanis.com

Pascal MARCO – 06 30 92 70 42
pascal.marco@malakoffhumanis.com

