



Complémentaire santé

ATOOUT+ Particulier

Les garanties et les exemples de remboursements

Tableau de garanties ATOUT+ Particulier

ATOUT+ Particulier - n°0033623 / n°0033625 / n°0033624

Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) du Régime obligatoire, par bénéficiaire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime obligatoire dans la limite des montants indiqués et des frais réellement engagés. Dans le cas où le prestataire de santé n'est pas conventionné, le remboursement est exprimé en pourcentage du tarif d'autorité. Des bonus de garanties s'acquiescent au fur et à mesure du nombre d'années d'adhésion (en année glissante à compter de la date d'effet). Les forfaits et les plafonds annuels s'entendent par année glissante à partir de la date d'effet.

Formules 1 à 5 : ces formules respectent les conditions légales des contrats solidaires et responsables.

Formule 6 : cette formule inclut un renfort solidaire et non responsable non dissociable des garanties solidaires et responsables.

				Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	
HOSPITALISATION ⁽¹⁾										
En établissements conventionnés										
Honoraires ⁽²⁾	Praticien adhérent aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées*		1 ^{re} année d'adhésion	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 2 ^e année d'adhésion	150 % BR	175 % BR	200 % BR	220 % BR	-	-	
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 4 ^e année d'adhésion	220 % BR	220 % BR	220 % BR	-	-	-	
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées*			105 % BR	130 % BR	155 % BR	180 % BR	200 % BR	300 % BR ⁽¹⁰⁾	
Frais de séjour ⁽³⁾				Frais Réels						
Forfait journalier Hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée ⁽⁴⁾				Frais Réels						
Forfait Patient Urgence ⁽⁵⁾				Frais Réels						
Chambre Particulière non remboursée par la Sécurité sociale	Chirurgie - Médecine - Maternité	Par nuitée Sans limite de durée	1 ^{re} et 2 ^e année d'adhésion	30 €	45 €	60 €	75 €	90 €	90 €	
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	50 €	65 €	80 €	95 €	110 €	110 €	
			1 ^{re} et 2 ^e année d'adhésion	25 €	35 €	45 €	50 €	55 €	60 €	
		Par journée en ambulatoire avec admission et sortie le même jour Sans limite de durée		45 €	50 €	55 €	60 €	65 €	70 €	
		Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation	Par nuitée	Max : 40 jours/an	30 €	45 €	60 €	75 €	90 €	90 €
	Par journée en ambulatoire avec admission et sortie le même jour									
	Séjour en psychiatrie	Par nuitée Par journée en ambulatoire avec admission et sortie le même jour	Max : 30 jours/an	30 €	45 €	60 €	75 €	90 €	90 €	
Frais annexes (uniquement en cas d'hospitalisation pour chirurgie - hors ambulatoire)	TV, Internet, Téléphone (facture établissement)	Par journée	Dans la limite de 20 jours par hospitalisation	-	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	
Lit accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale - sur présentation d'une facture	Par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans			-	20 € limités à 10 nuits par an	20 € limités à 15 nuits par an	20 € limités à 20 nuits par an	20 € limités à 25 nuits par an	20 € limités à 30 nuits par an	
Hospitalisation à domicile	Soins et honoraires remboursés par la Sécurité sociale			100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	
En établissements non conventionnés										
Tous frais confondus				100 % BR	100 % BR	105 % BR	105 % BR	130 % BR	130 % BR	
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non										
Honoraires médicaux - Consultation/visite/consultation en ligne	Généralistes ou Spécialistes, Actes Techniques Médicaux, Actes d'Imagerie Médicale	Praticien adhérent aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées*		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	220 % BR	300 % BR	
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées*		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR ⁽¹⁰⁾	
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale				100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire				100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	
Honoraires paramédicaux				100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	
Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité sociale (dispositif MonPsy) ⁽⁶⁾				100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Frais de transport sanitaire				100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	
Matériel Médical				100 % BR	100 % BR + 25 €	100 % BR + 65 €	100 % BR + 85 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €	
Médicaments et vaccins	Remboursés à 65 % BR par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾			100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
	Remboursés à 30 % BR par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾									
	Remboursés à 15 % BR par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾									
Médecine additionnelle et de prévention	Médecine additionnelle Ostéopathe, psychologue non remboursé par la Sécurité sociale, podologue, chiropracteur, diététicien, psychomotricien-ergologue, acupuncteur ⁽⁹⁾ , sophrologue, hypnose, homéopathe, tabacologue Forfait global par an et par bénéficiaire, plafond par séance limitée à 40 €	1 ^{re} année d'adhésion		20 €	60 €	90 €	120 €	150 €	200 €	
		Votre fidélité est récompensée à partir de la 2 ^e année d'adhésion		40 €	80 €	120 €	160 €	200 €	250 €	
		Votre fidélité est récompensée à partir de la 4 ^e année d'adhésion		60 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
	Médicaments et homéopathie prescrits non remboursés Vaccins non remboursés : grippe, paludéen, fièvre jaune Bilan de santé : troubles de l'andropause, de la ménopause, dépistage cancer colorectal, du col de l'utérus, de l'ostéoporose, de la cataracte, du glaucome, DMLA, de la mémoire, de l'audition, du parodonte Bien être et prévention: glucomètre et/ou autodensimètre, forfait incontinence, loupes, lunettes loupes non remboursées par la Sécurité sociale, dépose d'un holter tensionnel Forfait global par an par bénéficiaire (sur présentation factures) et prescription médicale ⁽¹⁰⁾	1 ^{re} et 2 ^e année d'adhésion		20 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	
		Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion		30 €	50 €	65 €	75 €	90 €	100 €	
Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale				100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	Y compris frais engagés pour les honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, transport et hébergement thermal - dans la limite du forfait en euros par an et par bénéficiaire		1 ^{re} et 2 ^e année d'adhésion	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 250 €	
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	100 % BR + 20 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 145 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 220 €	100 % BR + 270 €	

			Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	
AIDES AUDITIVES PAR OREILLE (RENOUVELLEMENT PAR APPAREIL (hors accessoires) TOUS LES 4 ANS)									
Équipement 100 % santé** (11)			Sans reste à payer						
Équipement autre que 100 % santé – Limité à 1 700 € TTC, remboursement Sécurité sociale inclus, par appareil (par oreille) et hors accessoires – Bénéficiez du réseau KALIXIA avec des tarifs négociés et des garanties étendues pour limiter votre reste à charge.			100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 250 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €	
Accessoires et fournitures			100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
OPTIQUE (RENOUVELLEMENT PAR ÉQUIPEMENT (MONTURE + 2 VERRES). POUR TOUS LES CAS DE RENOUELEMENT, Y COMPRIS ANTICIPÉS, SE RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES)									
Équipement 100 % santé** (11)			Sans reste à payer						
Monture et verres (classe A***) (12) et facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien			Sans reste à payer						
Équipement autre que 100 % santé	Monture (classe B***) (12) associée à des verres de classe A ou B Dans le réseau Kalixia	1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	100 % BR	50 €	75 €	100 € (13)	100 € (13)	150 € (16)	
		Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	50 €	75 €	100 € (13)	-	-	-	
	2 verres simples (classe B***) (12) Dans le réseau Kalixia	Dès la 1 ^{er} année d'adhésion	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	320 € (16)	
		2 verres complexes ou très complexes (classe B***) (12) Dans le réseau Kalixia	Dès la 1 ^{er} année d'adhésion	200 €	250 €	300 €	350 €	430 €	500 €
	Le réseau Kalixia vous donne accès à des tarifs négociés et à des meilleurs remboursements pour limiter votre reste à charge.	Monture (classe B***) (12) associée à des verres de classe A ou B Hors réseau Kalixia	1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	100 % BR	50 €	75 €	100 € (13)	100 € (13)	150 € (16)
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	50 €	75 €	100 € (13)	-	-	-
2 verres simples (classe B***) (12) Hors réseau Kalixia		1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	100 % BR	50 €	130 €	180 €	200 €	250 €	
		Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	320 € (16)	
2 verres complexes ou très complexes (classe B***) (12) Hors réseau Kalixia	1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	100 % BR	200 €	250 €	300 €	350 €	430 €	500 €	
	Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	200 €	250 €	300 €	350 €	430 €	500 €		
Implants multifocaux non remboursés par la Sécurité sociale. Forfait global par an et par bénéficiaire			1 ^{er} année d'adhésion	-	100 €	150 €	200 €	250 €	325 €
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 2 ^e année d'adhésion	50 €	-	-	-	-	-
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (14) (Forfait par an et par bénéficiaire)			100 % BR pour lentilles remboursées	50 €	70 €	80 €	90 €	100 €	
DENTAIRE – auprès d'un professionnel									
Soins et prothèses 100 % Santé** (15)			Sans reste à payer						
Radiologie dentaire			100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Consultation et soins dentaires autre que 100 % santé			100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR	
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	
		Votre fidélité est récompensée à partir de la 3 ^e année d'adhésion	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	
	Plafond dentaire annuel prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale autre que 100 % Santé (16)		-	-	-	1 250 €	1 500 €	2 000 €	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Autres frais dentaires non remboursés : Prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) Forfait global par an et par bénéficiaire			1 ^{er} année d'adhésion	-	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 2 ^e année d'adhésion	20 €	120 €	170 €	240 €	340 €	440 €
			Votre fidélité est récompensée à partir de la 4 ^e année d'adhésion	50 €	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €
AUTRES PRESTATIONS									
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française			100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (17)			100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	

* 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 maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B (optique) et ce celles de la classe I et de la classe II (audio) dans les Conditions générales.

- En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique.
- Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds.
- Limité à hauteur de la garantie, par an et par bénéficiaire, pendant une durée déterminée puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité.
 - 30 jours en milieux spécialisés : service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie.
 - 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - Sans limite de durée pour les autres séjours.
- Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L.174-4 du Code la sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée etc.)
- Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
- Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale : liste disponible sur monpsy.sante.gouv.fr

7. SMUR : Les structures mobiles d'urgence et de réanimation. La SMUR assure en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

8. Prestations soumises aux tarifs opposables (tarifs sans dépassements d'honoraires). En cas d'exigence particulière du patient soumise à dépassement éventuel, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

9. Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

10. Médicaments délivrés par des pharmacies d'officine et pharmacies autorisées à vendre sur internet telles que répertoriées par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search. Médicaments identifiables par 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.

11. Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales .

12. L'équipement optique de « classe A » est sans reste à charge pour l'assuré : il 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 » : il est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées. Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives.

13. Remboursement sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale afin de conserver le caractère responsable du contrat.

14. Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Dans le cas où le forfait est consommé, les lentilles remboursées par le Régime obligatoire seront prises en charge à hauteur du tarif de responsabilité.

15. Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

16. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM (Ticket modérateur) est assurée.

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

18. Prestations incluant des garanties solidaires et responsables ainsi qu'un renfort solidaire et non responsable.

Exemples de remboursement

Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

	Formule 1		Formule 2		Formule 3		Formule 4		Formule 5		Formule 6		
	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	BR de la Sécurité sociale (*)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros
Hospitalisation													
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	60,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	30,00 €	45,00 €	15,00 €	60,00 €	0,00 €	60,00 €	0,00 €	60,00 €	0,00 €
SEJOUR AVEC ACTES LOURDS - Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé													
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	82,37 €	135,85 €	14,45 €	150,30 €	0,00 €	150,30 €	0,00 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	13,59 €	177,71 €	81,51 €	109,79 €	149,44 €	41,86 €	191,30 €	0,00 €	191,30 €	0,00 €
SEJOUR SANS ACTES LOURDS - Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé													
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €								
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	668,87 €	0,00 €	668,87 €	0,00 €	668,87 €	0,00 €	668,87 €	0,00 €
Soins courants													
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire	30 % BR	1 € de participation forfaitaire	30 % BR	1 € de participation forfaitaire	30 % BR	1 € de participation forfaitaire	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €	7,95 €	1,00 €	7,95 €	1,00 €	7,95 €	1,00 €	7,95 €	1,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €	10,05 €	0,00 €	10,05 €	0,00 €	10,05 €	0,00 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €	9,45 €	1,00 €	9,45 €	1,00 €	9,45 €	1,00 €	9,45 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €	18,43 €	7,12 €	25,55 €	0,00 €	25,55 €	0,00 €	25,55 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €	17,33 €	13,63 €	25,20 €	5,75 €	29,95 €	1,00 €	29,95 €	1,00 €

				Formule 1		Formule 2		Formule 3		Formule 4		Formule 5		Formule 6	
	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	BR de la Sécurité sociale (*)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	41,00 €	6,90 €	41,00 €	12,65 €	35,25 €	18,40 €	29,50 €	29,90 €	18,00 €	47,90 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €	6,90 €	43,00 €	12,65 €	37,25 €	18,40 €	31,50 €	29,90 €	20,00 €	48,90 €	1,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €	11,35 €	0,00 €	11,35 €	0,00 €	11,35 €	0,00 €	11,35 €	0,00 €	11,35 €	0,00 €
Dentaire															
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % Santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % Santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	48,00 €	434,00 €	78,00 €	404,00 €	108,00 €	374,00 €	168,00 €	314,00 €	228,00 €	254,00 €	288,00 €	194,00 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Racine et Pilier	1 800,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 800,00 €	100,00 €	1 700,00 €	150,00 €	1 650,00 €	200,00 €	1 600,00 €	300,00 €	1 500,00 €	400,00 €	1 400,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	504,50 €	0,00 €	504,50 €	0,00 €	504,50 €	0,00 €	504,50 €	0,00 €	504,50 €	0,00 €	504,50 €
Optique															
Équipement - 100 % santé (dans ou hors réseau Kalixia)	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
2 Verres simples + 1 monture	115,00 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €
- dont par verre	42,50 €	12,75 €	7,65 €	34,85 €	0,00 €	34,85 €	0,00 €	34,85 €	0,00 €	34,85 €	0,00 €	34,85 €	0,00 €	34,85 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	0,00 €	73,80 €	0,00 €	73,80 €	0,00 €	73,80 €	0,00 €	73,80 €	0,00 €	73,80 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €

				Formule 1		Formule 2		Formule 3		Formule 4		Formule 5		Formule 6	
	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	BR de la Sécurité sociale (*)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) Malakoff Humanis	Montant restant à charge en euros
Équipement – hors 100% santé – Dans le réseau KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
2 Verres simples + 1 monture	281,20 €	0,15 €	0,09 €	50,02 €	231,09 €	150,00 €	131,11 €	225,00 €	56,11 €	267,51 €	13,60 €	267,51 €	13,60 €	281,11 €	0,00 €
- dont par verre	83,80 €	0,05 €	0,03 €	25,00 €	58,77 €	50,00 €	33,77 €	75,00 €	8,77 €	83,77 €	0,00 €	83,77 €	0,00 €	83,77 €	0,00 €
- dont par monture	113,60 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	113,55 €	50,00 €	63,57 €	75,00 €	38,57 €	99,97 €	13,60 €	99,97 €	13,60 €	113,57 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	462,10 €	0,15 €	0,09 €	200,02 €	261,99 €	300,00 €	162,01 €	375,00 €	87,01 €	448,41 €	13,60 €	448,41 €	13,60 €	462,01 €	0,00 €
- dont par verre	174,25 €	0,05 €	0,03 €	100,00 €	74,22 €	125,00 €	49,22 €	150,00 €	24,22 €	174,22 €	0,00 €	174,22 €	0,00 €	174,22 €	0,00 €
- dont par monture	113,60 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	113,55 €	50,00 €	63,57 €	75,00 €	38,57 €	99,97 €	13,60 €	99,97 €	13,60 €	113,57 €	0,00 €
Équipement – hors 100% santé – En dehors du réseau Kalixia	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
2 Verres simples + 1 monture	356,00 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	355,85 €	100,00 €	255,91 €	205,00 €	150,91 €	279,97 €	75,94 €	299,97 €	55,94 €	355,91 €	0,00 €
- dont par verre	107,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	106,95 €	25,00 €	81,97 €	65,00 €	41,97 €	90,00 €	16,97 €	100,00 €	6,97 €	106,97 €	0,00 €
- dont par monture	142,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	141,95 €	50,00 €	91,97 €	75,00 €	66,97 €	99,97 €	42,00 €	99,97 €	42,00 €	141,97 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	620,00 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	619,85 €	250,00 €	369,91 €	325,00 €	294,91 €	399,97 €	219,94 €	449,97 €	169,94 €	571,97 €	47,94 €
- dont par verre	239,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	238,95 €	100,00 €	138,97 €	125,00 €	113,97 €	150,00 €	88,97 €	175,00 €	63,97 €	215,00 €	23,97 €
- dont par monture	142,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	141,95 €	50,00 €	91,97 €	75,00 €	66,97 €	99,97 €	42,00 €	99,97 €	42,00 €	141,97 €	0,00 €
Lentilles – En dehors du réseau KALIXIA	Prix moyen national (**)	Pas de prise en charge (***)	Pas de prise en charge (***)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	95,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	95,00 €	50,00 €	45,00 €	70,00 €	25,00 €	80,00 €	15,00 €	90,00 €	5,00 €	95,00 €	0,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national (**)	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	1 223,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 223,00 €	0,00 €	1 223,00 €	0,00 €	1 223,00 €	0,00 €	1 223,00 €	0,00 €	1 223,00 €	0,00 €	1 223,00 €
Aides Auditives															
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans – Dans le réseau Kalixia	1 465,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 065,00 €	310,00 €	915,00 €	360,00 €	865,00 €	410,00 €	815,00 €	460,00 €	765,00 €	560,00 €	665,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans – En dehors du réseau Kalixia	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 165,00 €	310,00 €	1 015,00 €	360,00 €	965,00 €	410,00 €	915,00 €	460,00 €	865,00 €	560,00 €	765,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

(*) BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. (**) Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaire santé assuré par les entités du groupe Malakoff Humanis. (***) dans le cas général.

**ATOOUT+ est une offre du groupe Malakoff Humanis,
spécialisée en assurance individuelle et
commercialisée par nos intermédiaires d'assurance.**

POUR EN SAVOIR PLUS,
CONTACTEZ VOTRE COURTIER



DOCUMENT NON CONTRACTUEL.

Vous devez vous reporter aux conditions générales afin de prendre connaissance des conditions d'assurance et notamment des exclusions en cas de souscription de l'option Prévoyance.