



## Garantie Frais de santé

Inscrivez vos ayants droit

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang de naissance
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### IMPORTANT

Souhaitez-vous bénéficier du système Noémie ?  OUI  NON

Votre conjoint, la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité ou votre concubin est-il déjà affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur ?  OUI  NON

**Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la carte Vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie (télétransmission des décomptes), ni du tiers payant généralisé Viamedis, tout en conservant cependant le droit à un remboursement complémentaire.**

**En cas de radiation des effectifs de votre entreprise vous devez nous renvoyer sans délai votre carte de tiers payant.**

L'OUVRANT DROIT DÉSIGNÉ AU RECTO	PIÈCES À JOINDRE
Vous-même	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte VITALE délivrée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)</li> <li>Un relevé d'identité bancaire ou postal</li> </ul>
LES AYANTS DROIT	PIÈCES À JOINDRE
Votre conjoint, votre concubin ou la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité qui figure sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune</li> </ul>
Votre conjoint ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte VITALE justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale</li> </ul>
Votre concubin ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte VITALE justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale</li> <li>L'attestation de vie maritale ou déclaration de vie commune</li> </ul>
La personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité célibataire, divorcé(e), veuf(ve) ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte VITALE justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale</li> <li>La photocopie du Pacs</li> </ul>
Les enfants de moins de 21 ans mentionnés sur l'attestation carte Vitale des parents	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune</li> </ul>
Les enfants de moins de 21 ans, immatriculés à titre personnel à la Sécurité sociale, ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un certificat de scolarité de l'année en cours, à renouveler chaque année</li> <li>La photocopie du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification mentionnant le montant des revenus</li> </ul>
Les enfants étudiants non salariés de plus de 21 ans et de moins de 28 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte VITALE justifiant son immatriculation au régime étudiant</li> <li>Un certificat de scolarité de l'année en cours</li> </ul>
Les enfants étudiants de plus de 21 ans et de moins de 28 ans Ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte VITALE justifiant son immatriculation au régime étudiant</li> <li>Un certificat de scolarité de l'année en cours</li> <li>La photocopie du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification</li> </ul>
L'enfant handicapé de moins de 28 ans Ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une copie du document lui accordant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé ou l'allocation aux adultes handicapés</li> </ul>
Les ascendants mentionnés sur votre attestation carte Vitale, sur celle de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune</li> </ul>

Fait à ....., le .....

Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de vous informer de leur offre de produits et services. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information vous concernant figurant dans nos fichiers, en vous adressant à : [sgil@malakoffmederic.com](mailto:sgil@malakoffmederic.com) ou à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex

**FRAIS COUVERTS**

Les pénalités financières hors parcours de soins, ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à un remboursement.

**REMBOURSEMENTS à compter du 01/01/2016**

TM: Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales  
BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale  
DE : Dépense effective  
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3218 € au 01/01/2016)

**P.E.P.S. E.A LES ESSENTIELLES 1 - SURCOMPLEMENTAIRE (Intégrant le socle obligatoire E1)**

SE1

Rbt. Global

	SE1	Rbt. Global
<b>HOSPITALISATION (1)</b>		
- Frais de séjour conventionnés	100 % DE	100 % DE
- Frais de séjour non conventionnés	TM	100 % BR
- Honoraires déclarés SS dans le cadre du contrat d'accès aux soins (2)	200 % BR - SS	200 % BR
- Honoraires déclarés SS hors contrat d'accès aux soins (2)	180 % BR - SS	180 % BR
- Chambre particulière de nuit - par jour (3)	50 €	50 €
- Chambre particulière de jour (3)	20 €	20 €
- Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait
- Imagerie médicale dans le cadre du contrat d'accès aux soins (2)	TM	100 % BR
- Imagerie médicale hors contrat d'accès aux soins (2)	TM	100 % BR
- Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre du contrat d'accès aux soins (2)	80 % BR	150 % BR
- Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors contrat d'accès aux soins (2)	60 % BR	130 % BR
- Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % du forfait	100 % du forfait
- TRANSPORT (remboursé Sécurité sociale)	TM	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>		
- SOINS DENTAIRES	TM	100 % BR
. Inlay / Onlay	60 €	89 €
- PARODONTOLOGIE non remboursée	100 €	100 €
- ORTHODONTIE		
. Remboursée par semestre de traitement (TO 90) (4)	300 €	494 €
. Non remboursée par semestre de traitement (4)	300 €	300 €
- PROTHESES DENTAIRES		
. Remboursées sur la base d'une prothèse de type couronne (4)	235 €	310 €
. Supplément dents visibles (incisives, canines, premières prémolaires) sur la base d'une prothèse de type couronne (4)	75 €	75 €
. Couronnes et prothèses transitoires non remboursées (par an par bénéficiaire)	235 €	235 €
- Inlay core	205 €	291 €
- Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) (par implant)	310 €	310 €
Plafond dentaire / an / bénéficiaire (5)	1 240 €	
<b>OPTIQUE - PROTHESES (6)</b>		
RÉSEAU OPTIQUE : un équipement tous les 2 ans / bénéficiaire (tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs) (6)		
- Lunettes : verres + monture adulte		
. Monture	95 €	97 €
. 1 verre simple	70 €	71 €
- 1 verre complexe (7)	120 €	122 €
- 1 verre très complexe (7)	200 €	204 €
- Lunettes : verres + monture enfant (moins 18 ans)		
. Monture	95 €	113 €
. 1 verre simple	80 €	89 €
- 1 verre complexe (7)	130 €	146 €
- 1 verre très complexe (7)	130 €	154 €
- Lentilles prescrites remboursées on non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	147 €
HORS RÉSEAU OPTIQUE : un équipement tous les 2 ans / bénéficiaire (tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs)		
- Lunettes : verres + monture adulte		
. Monture	65 €	67 €
. 1 verre simple	50 €	51 €
- 1 verre complexe (7)	100 €	102 €
- 1 verre très complexe (7)	140 €	144 €
- Lunettes : verres + monture enfant (moins 18 ans)		
. Monture	65 €	83 €
. 1 verre simple	55 €	64 €
- 1 verre complexe (7)	105 €	121 €
- 1 verre très complexe (7)	105 €	129 €
- Lentilles prescrites remboursées on non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	147 €
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
- Chirurgie optique réfractive (par œil)	350 €	350 €
- Implants multifocaux (par œil)	200 €	200 €
<b>AUDIOPROTHESES (un appareil / an / bénéficiaire / oreille équipée)</b>		
- Dans le réseau MM : appareil auditif remboursé Sécurité sociale (par oreille)		
. Sur offre Prim' Audio	100 % DE	100 % DE
. Sur les autres appareils	600 €	60 % BR+600€

... suite de P.E.P.S. E.A LES ESSENTIELLES 1 - SURCOMPLÉMENTAIRE (Intégrant le socle obligatoire E1)	SE1	Rbt. Global
- Hors réseau MM : appareil auditif remboursé Sécurité sociale (par oreille)	400 €	60 % BR+400€
<b>APPAREILLAGES</b>		
- Appareillage et prothèses médicales	400 % BR	460 % BR
<b>SOINS DE VILLE</b>		
- Consultations/visites généralistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins (2)	TM	23 €
- Consultations/visites généralistes hors contrat d'accès aux soins (2)	TM	23 €
- Consultations/visites spécialistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins (2)	70 % BR	39 €
- Consultations/visites spécialistes hors contrat d'accès aux soins (2)	50 % BR	28 €
- Auxiliaires médicaux	TM	100 % BR
- Analyses - actes de biologie	TM	100 % BR
- Pharmacie		
. Remboursée à 65% par la Sécurité sociale	TM	100 % BR
. Remboursée à 30% par la Sécurité sociale	TM	100 % BR
. Remboursée à 15% par la Sécurité sociale	TM	100 % BR
<b>PRÉVENTION</b>		
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	TM	100 % BR
<b>DEPISTAGE</b>		
. Dépistage cancer du côlon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test)	10 €	10 €
. Dépistage cancer du col utérus non remboursé (papillomavirus humain)	15 €	15 €
<b>"PACK ""BIEN-ÊTRE ET BIEN-VIEILLIR"" (plafonds par an par bénéficiaire)"</b>	<b>150 €</b>	<b>150 €</b>
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>70 €</b>	<b>70 €</b>
Lit d'accompagnant (moins de 14 ans ou plus de 70 ans) (3)		
<b>MÉDECINE ALTERNATIVE (8)</b>	<b>100 €</b>	<b>100 €</b>
Ostéopathie et chiropratique		
Spécialités médicales non remboursées Sécurité sociale		
Pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue		
<b>PHARMACIE</b>	<b>100 €</b>	<b>100 €</b>
Médicaments ou pharmacie prescrite non remboursés SS (8)		
Vaccins préventifs (grippe, voyages) non remboursés Sécurité sociale		
Forfait contraception (9)		
<b>PRÉVENTION</b>	<b>70 €</b>	<b>70 €</b>
Sevrage tabagique sur prescription médicale et sur facture		
Certificat médical non pris en charge pour la pratique d'un sport (à hauteur d'une consultation de généraliste conventionné de secteur 1)		
<b>CURE THERMALE</b>	<b>100 €</b>	<b>100 €</b>
- CURE THERMALE France remboursée forfait global annuel		
. Honoraires		70% BR
. Etablissement thermal		60% BR

(1) Hors chirurgie esthétique.

(2) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.

(3) Pour la chambre particulière de jour, il s'agit d'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 des codifications de la sécurité sociale indiquées entre parenthèses 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.

(5) Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM est assurée.

(6) Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées. Pour les adultes, un équipement tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants, un équipement annuel.

(7) Nos remboursements sont exprimés par verre et monture mais respectent les critères de la couverture minimale pour un équipement optique prévus aux articles L911-7 et D911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Verres adultes complexes correspondent aux verres à dioptrie > 6 en valeur absolue, soit aux codes LPP suivants de la nomenclature Sécurité sociale : 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523, 2290396, 2291183, 2227038, 2299180. Verres adultes très complexes correspondent aux codes suivants : 2245834, 2295198, 2202238, 2252042. Verres enfants complexes correspondent aux codes suivants: 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800, 2259245, 2264045, 2240671, 228221.

Verres enfants très complexes: 2238792, 2202452, 2234239, 2259660.

(8) Sur facture détaillée, hors sevrage tabagique qui fait l'objet d'une prise en charge spécifique.

(9) Remboursement sur facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste suivante : pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin.

