





AvoCotés a conçu ce contrat avec Malakoff Humanis, l'un des premiers groupes de protection sociale français. Vous avez ainsi l'assurance de bénéficier de garanties de qualité pour un budget adapté.

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. Les forfaits en euros exprimés par an et par bénéficiaire s'entendent par année d'adhésion.

Votre contrat prend en compte le dispositif 100% Santé.

MÉDECINE - SOINS COURANTS	NIVEAU 1		NIVEAU 2		NIVEAU 3		NIVEAU 4	
	Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO*
HONORAIRES MÉDICAUX, PARAMÉDICAUX ET ANALYSES								
Honoraires médicaux généralistes	100% BR	100% BR	150% BR	125% BR	200% BR	150% BR	300% BR	200% BR
Honoraires médicaux spécialistes	100% BR	100% BR	150% BR	125% BR	200% BR	150% BR	300% BR	200% BR
Actes techniques médicaux	100% BR	100% BR	150% BR	125% BR	200% BR	150% BR	300% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale	100% BR	100% BR	150% BR	125% BR	175% BR	150% BR	200% BR	175% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR		125% BR		150% BR		200% BR	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR		125% BR		150% BR		200% BR	
Psychologues conventionnés remboursés par l'AMO (dans la limite de 12 séances / an) ⁽¹⁾	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
PHARMACIE								
Médicaments à service médical rendu important (remboursés à 65% par la Sécurité Sociale) ⁽²⁾	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Médicaments à service médical rendu modéré (remboursés à 30% par la Sécurité Sociale) ⁽²⁾	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15% par la Sécurité Sociale) ⁽²⁾	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Médicaments prescrits non remboursés (médicaments figurant sur la liste de l'ANSM)	-		20€		40€		60€	
CURES THERMALES EN FRANCE PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE								
Forfait cure	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Surveillance médicale	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Hébergement	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Participation à l'hébergement et au transport (dans la limite des frais réels) remboursée ou non par l'AMO soit en euros par année d'adhésion et par bénéficiaire	0€		100€		150€		200€	
AUTRES APPAREILLAGES								
Autres prothèses, appareillages et gros appareillage	100% BR		150% BR		200% BR		300% BR	
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	0€		0€		0€		150€	

 HOSPITALISATION et HOSPITALISATION À DOMICILE ⁽³⁾	NIVEAU 1		NIVEAU 2		NIVEAU 3		NIVEAU 4	
	EN ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS							
	Praticien		Praticien		Praticien		Praticien	
	Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Non signataire OPTAM / OPTAM CO*	Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Non signataire OPTAM / OPTAM CO*	Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Non signataire OPTAM / OPTAM CO*	Signataire OPTAM / OPTAM CO*	Non signataire OPTAM / OPTAM CO*
Honoraires ⁽⁴⁾	100% BR	100% BR	125% BR	100% BR	200% BR	150% BR	250% BR	200% BR
Frais de séjour ⁽⁵⁾	100% FR		100% FR		100% FR		100% FR	
Frais d'accompagnement (- de 18 ans), par jour, en euros ⁽⁶⁾	15€		25€		30€		35€	
Chambre particulière, par jour, en euros et par bénéficiaire ⁽⁷⁾	-		30€		60€		80€	
Bonus fidélité 3ème année et suivantes, par jour, en euros et par bénéficiaire ⁽⁷⁾	+ 25€		+ 25€		+ 25€		+ 25€	
Forfait journalier sans limitation de durée ⁽⁸⁾	100% FR		100% FR		100% FR		100% FR	
Forfait patient urgences (FPU) ⁽⁹⁾	100% FR		100% FR		100% FR		100% FR	
Frais de transport sanitaire prescrit (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹⁰⁾)	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
EN ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS								
Frais de séjour ⁽⁵⁾	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	

 DENTAIRE, OPTIQUE & AUDITIF	NIVEAU 1		NIVEAU 2		NIVEAU 3		NIVEAU 4	
	DENTAIRE							
Soins et Prothèses dentaires classe 1 «100% Santé» ** ⁽¹¹⁾ ⁽¹³⁾	ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE	
Soins dentaires (autres que 100% santé)	100% BR		100% BR		150% BR		200% BR	
Prothèses dentaires classe 2 ou 3 (autres que 100% santé) ⁽¹¹⁾ ⁽¹³⁾	100% BR		150% BR		200% BR		300% BR	
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO ⁽¹¹⁾ ⁽¹³⁾	100% BR		150% BR		200% BR		300% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR		150% BR		200% BR		300% BR	
Forfait dentaire pour les soins d'orthodontie, d'implantologie et de parodontologie, non remboursés par l'AMO : par année d'adhésion ⁽¹²⁾	-		-		300€		450€	
OPTIQUE ***								
Équipement de classe A «100% Santé» ** ⁽¹³⁾	ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE	
Monture, verres, lentilles remboursés par l'AMO (remboursement AMO)	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Forfaits en complément de l'AMO :								
- Un équipement adulte (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans								
- Un équipement enfant (1 monture + 2 verres) tous les 1 ans ou 6 mois selon l'âge ⁽¹⁴⁾								
Forfait monture (classe B***) associée à des verres de classe A ou B ⁽¹⁵⁾	100% BR		50€		85€		100€	
Forfait par verre simple (classe B*** ⁽¹⁶⁾)	100% BR		50€		75€		100€	
Forfait par verre complexe (classe B*** ⁽¹⁷⁾)	100% BR		75€		125€		175€	
Forfait par verre très complexe (classe B*** ⁽¹⁸⁾)	100% BR		100€		150€		230€	
Pour Adulte et Enfant								
Lentilles, y compris jetables, remboursées ou non par l'AMO, par année d'adhésion et par bénéficiaire ⁽¹⁹⁾	100% BR		50€		100€		200€	
Opération des yeux (chirurgie réfractive), par œil et par bénéficiaire	0€		75€		150€		250€	
AUDITIF								
Prothèses auditives classe 1 «100% Santé»** tous les 4 ans ⁽¹³⁾	ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE		ZÉRO RESTE À CHARGE	
Prothèses auditives classe 2 *** tous les 4 ans - Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	100% BR		150% BR		200% BR		300% BR	
Piles, accessoires et entretien	100% BR		150% BR		200% BR		300% BR	

**Espace assuré
Tiers payant**

Ensemble des **actes de prévention** pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (liste disponible sur ameli.fr)

**OUI
OUI
OUI**

LEXIQUE : **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire | **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale | **FR** : Frais réels, montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement du régime obligatoire | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **TM** : Ticket modérateur | **DÉLAI DE CARENCE** : Période initiale de non prise en charge des prestations concernées par cette disposition | **OPTAM / OPTAM CO** : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins) | **SMUR** : Service mobile d'Urgence et de réanimation | **ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé



VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN FORFAIT ANNUEL INCLUS EN MÉDECINE DOUCE ET MÉDECINE PRESCRITE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pack médecine douce CACHEMIRE : un FORFAIT DE 250 € PAR AN ⁽²⁰⁾

Accessible pour les niveaux 3 ou 4 en Médecine - Soins Courants

- **20 spécialités prises en charge, 40 € remboursés par séance**
- Sur ordonnance : **appareil connecté ⁽²¹⁾**
- Sur prescription médicale : **CBD, huiles essentielles, compléments alimentaires**
- Sur justificatif : **abonnements annuels aux clubs de sport et licences sportives** (dans la limite de 40 €)

Pack médecine douce SOIE : un FORFAIT de 175 € par an ⁽²⁰⁾

Accessible pour les niveaux 3 ou 4 en Médecine - Soins Courants

- **20 spécialités prises en charge, 35 € remboursés par séance**
- Sur ordonnance : **appareil connecté ⁽²¹⁾**

Pack médecine douce VELOURS : un FORFAIT de 120 € par an ⁽²⁰⁾

Accessible pour les niveaux 2 ou 3 ou 4 en Médecine - Soins Courants

- **20 spécialités prises en charge, 30 € remboursés par séance**
- Sur prescription médicale : **CBD, huiles essentielles, compléments alimentaires**

Pack médecine douce COTON : un FORFAIT de 75 € par an ⁽²⁰⁾

Accessible pour les niveaux 1 ou 2 ou 3 ou 4 en Médecine - Soins Courants

- **10 spécialités prises en charge, 25 € remboursés par séance :**
podologue, homéopathe, sophrologue, pédicure, shiatsu, ostéopathe, étio-pathe, ergothérapeute, psychothérapeute, psychologue (hors dispositif « Mon Soutien Psy »)

BON À SAVOIR

Jusqu'à 20 spécialités sont prises en charge dans les Packs Cachemire, Soie ou Velours : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue, psychologue (hors dispositif « Mon Soutien Psy »), shiatsu, psychothérapeute, phytothérapeute, naturopathe, cryothérapie prescrite, sexologue, étio-pathe, hypnothérapeute, psychomotricien, sophrologue, ergothérapeute.

Avec les **PASS FIDÉLITÉ AvoCotés**, vous profitez automatiquement de 3 avantages qui se cumulent tout au long de la durée de votre adhésion au contrat SantéFlex ⁽²²⁾.



Dès 1 an : un **bonus de 25 € par an sur votre Pack médecine douce ⁽²⁰⁾**



Dès 2 ans : un **bonus de 25 € par jour sur la chambre particulière⁽⁷⁾**



Dès 3 ans : **VOTRE COTISATION BLOQUÉE⁽²³⁾ PENDANT 2 ANS**



1 PACK SERVICE D'ASSISTANCE AU CHOIX INCLUS
(voir conditions dans la notice d'information de Filassistance)

VOYAGE : avance des frais médicaux à l'étranger, envoi de médicaments introuvables sur place, rapatriement et transport des petits animaux domestiques, prise en charge du rapatriement sanitaire en cas de maladie, etc.

QUOTIDIEN : aide-ménagère, livraison de médicaments, livraison de repas ou de courses, travaux d'entretien courant de jardinage ou de bricolage, préparation au retour à domicile suite à une hospitalisation, garde des animaux domestiques, etc.

KIDS : garde des enfants de moins de 16 ans, soutien pédagogique du cours primaire à la classe de terminale incluse à partir du 15^{ème} jour d'absence, conduite des enfants (à l'école, aux activités extrascolaires, à la crèche ou au domicile de la nourrice), etc.

INFO+ : informations générales (pathologies, les analyses médicales, les examens médicaux, automédication, vaccinations...), accompagnement budgétaire et social (aide à la constitution de dossier lié à la dépendance ou au handicap...), etc.

DE VRAIS AVANTAGES, ça change tout !



Vous faites appel à vos praticiens habituels : contrairement à d'autres assureurs ou mutuelles, vous n'avez **aucune pénalité** si vous n'effectuez pas vos soins par l'intermédiaire d'un réseau de soins.



0 € DE RESTE À CHARGE sur une sélection de lunettes, d'aides auditives, de bridges et de couronnes dentaires. L'offre 100% SANTÉ est accessible à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable.



Vous bénéficiez des avantages du réseau SANTÉCLAIR **tout au long de votre parcours santé** :

- des **services pratiques** (téléconsultation illimitée, 2^{ème} avis médical...) ;
- des **tarifs négociés et de remises préférentielles** auprès d'un réseau de partenaires en optique, dentaire, audioprothèse... ;
- du **coaching en ligne** (nutrition, sommeil...).

INFORMATIONS RELATIVES AU TABLEAU DE GARANTIES - VERSION JUILLET 2024

* 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 de celles de la classe I et de la classe II (audio) dans la notice d'information.

(1) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale : Liste disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr/. **(2)** 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. **(3)** En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique. **(4)** Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds. **(5)** 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. **(6)** Les frais d'accompagnement regroupent le lit d'accompagnant et les repas. Le remboursement se fait sur présentation d'une facture. La prise en charge est limitée à 90 jours par an. **(7)** La prise en charge de la chambre particulière en psychiatrie est exclue. La prise en charge de la chambre particulière s'applique sur les autres séjours, toutes spécialités confondues, limitée à 30 jours par an pour le niveau 1 du contrat SantéFlex et pour les niveaux 1, 2 3 et 4 du contrat SantéFlex Eco, et limitée à 90 jours par an pour les niveaux 2,3 et 4 du contrat SantéFlex. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. **(8)** Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L.174-4 du Code de 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.). **(9)** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. **(10)** SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier. **(11)** Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis dans la notice d'information. **(12)** Un délai de carence de 30 jours s'applique pour tout nouvel assuré SAUF accident sur justificatif. **(13)** Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente. **(14)** Renouvellement par équipement (monture + 2 verres) par période dans les limites AMO + Mutuelle prévues à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer à la notice d'information. **(15)** Remboursement sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale afin de conserver le caractère responsable du contrat. **(16)** Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. **(17)** Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. **(18)** Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. **(19)** 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. **(20)** Forfait par an et par bénéficiaire (par année d'adhésion). **(21)** Limité à un appareil connecté par période de deux ans à compter de la date d'achat du premier objet par bénéficiaire. L'objet connecté ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. **(22)** Modalités susceptibles d'évolution à tout moment. **(23)** Maintien de la cotisation sauf en cas d'évolution législative ou réglementaire qui modifierait l'engagement de l'assureur de manière conséquente.

Contrat collectif à adhésion individuelle facultative SantéFlex n°0034775000000000 souscrit par l'association AvoCotés auprès de QUATREM (Société du groupe Malakoff Humanis) par l'intermédiaire d'ADLP Assurances.

Distributeur : **ADLP Assurances** (Groupe Dékuple) SAS au capital de 2 064 484 € - 3 rue Henri Rol-Tanguy 93100 Montreuil - RCS Bobigny 799 342 118 - Courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 14001699 (www.orias.fr).

Service Réclamations : reclamation@adlp-assurances.fr. **AvoCotés** est une marque de la société ADLP Assurances.

Assureur : **QUATREM** - Société anonyme au capital de 510 426 261 euros - Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.

Assisteur : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Réseau de soins : **SANTÉCLAIR** - SA au capital de 3 834 029 € - 7 mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1 - RCS de Nantes - SIREN 428704977 Code APE 7022Z - SA à conseil d'administration (s.a.i.) sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Entreprises régies par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'ACPR, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.