

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>H</p> <p>HOSPITALISATION (1)</p> | Frais de séjour | En établissement conventionné | 100% FR-RSS |
| | | En établissement non conventionné | 85% FR-RSS avec minimum de 100% TM |
| | Honoraires | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | TM + 220 % BR |
| | | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | TM + 100 % BR |
| | Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale | | 100 % DE sans limitation de durée |
| | Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville) | | 100 % DE |
| | Chambre particulière y compris maternité (3) Non remboursé par la Sécurité sociale | Par nuit | 45 € |
| | Par jour | 45 € | |
| Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale | Bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans, par jour | 45 € | |
| Allocation maternité ou adoption plénière | Par maternité ou adoption plénière | 385 € | |
| <p>🦷</p> <p>DENTAIRE (4)</p> <p>auprès d'un professionnel</p> | Soins et prothèses 100 % Santé** | À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire. | sans reste à payer (9) |
| | Soins | Inlay/onlay remboursés par la SS Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale (sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant) | TM + 220% BR TM + 220% BR |
| | Prothèses autres que 100 % Santé | Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation) Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes, bridges, prothèses dentaires provisoires, réparation (sauf les réparations à caractère esthétique) | TM + 220% BR dans la limite du plafond annuel 269,75 € par acte dans la limite du plafond annuel |
| | Implantologie | pose de l'implant, pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire | 538 € |
| | Orthodontie (5) | Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire | TM + 250 % BR dans la limite de 762,5 € / semestre 250% BR reconstituée dans la limite de 762,5 € / semestre |
| | Plafond global dentaire (6) (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé remboursées ou non) | Par an et par bénéficiaire | 1 525 € |
| | <p>🕶️</p> <p>OPTIQUE (11)</p> <p>ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)</p> <p>Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales</p> | 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants à compter du 16ème anniversaire (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans révolus. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas.(art R. 871-2 css) | |
| Équipement 100 % Santé** (classe A) | | | sans reste à payer |
| Équipement autre que 100 % Santé (classe B) | | par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** | 63 € 153 € 153 € 100 € 125 € 162 € 162 € 100 € |
| Lentilles (7) | | Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale | 150 € / lentille dans la limite de 600 € / an / bénéficiaire (au-delà, 100% TM pour les lentilles remboursées) |
| Chirurgie optique réfractive | | Par cell, par an | 350 € |
| Jusqu'au 31/12/2020 : | | Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire | TM + 215% BR avec un plafond de 1525 € / an/bénéficiaire (au-delà, remboursement au TM) |
| À compter du 01/01/2021 : | | Renouvellement par appareil tous les 4 ans | |
| Équipement 100 % Santé** (classe ***) | | sans reste à payer (10) | |
| Équipement autre que 100 % Santé (classe II****) | Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est ≤ 20 ans ou atteint de cécité**** Bénéficiaire dont l'âge est > 20 ans | TM + 82 % BR avec un plafond de 1525 € / an / bénéficiaire, au-delà 100%TM TM + 215 % BR avec un plafond de 1525 € / an / bénéficiaire, au-delà 100%TM | |
| Accessoires et fournitures | | TM | |
| <p>👂</p> <p>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille</p> | Honoraires médicaux | | |
| | Consultation / visite / consultation en ligne | | |
| | Généralistes et spécialistes | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | TM + 220 % BR TM + 100 % BR |
| | Actes techniques médicaux | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | TM + 220 % BR TM + 100 % BR |
| | Actes d'imagerie médicale | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | TM + 220 % BR TM + 100 % BR |
| | Auxiliaires médicaux remboursés par la SS | | TM + 210 % BR |
| | Analyses et examens de laboratoire | | TM + 210 % BR |
| | Matériel médical | Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique | TM + 215 % BR |
| | Frais de transport sanitaire | Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8) | TM |
| | Cures thermales | Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel | 305 € / an / bénéficiaire |
| | Médicaments | Médicaments remboursés à 65% Médicaments remboursés à 30% Médicaments remboursés à 15% Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire | TM TM TM 100% FR |
| | Médecine additionnelle Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale | Chiropracteur, Ostéopathe, Psychomotricien, Acupuncteur, Diététicien, Etiopathe, Psychologue | 35 € / séance dans la limite de 5 séances par an par bénéficiaire |
| | Prévention | Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale | TM |

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CCO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérent 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-CCO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

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

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

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

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

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

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

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

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

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

(6) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

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

(8) 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.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

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

(11) Verre simple : verre unilocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie.