

Garantie santé individuelle

Niveau 3

La présente garantie répond aux dispositions relatives aux contrats responsables.

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge, le cas échéant après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires.

Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les lentilles correctrices et la cure thermale.



Sécurité sociale
(en% de la BR)

Niveau 3

NATURE DES PRESTATIONS

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme (hors hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	150% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	130% BR
	Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	150% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	130% BR
	Actes d'imagerie médicale	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	150% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	130% BR
Analyses et examens de laboratoire	Analyses et examens de laboratoire		60%	150% BR
Honoraires paramédicaux	Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes)		60%	150% BR
Matériel médical	Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue au L.165-1 code de la Sécurité sociale (hors aides auditives)		60%	150% BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 30% ou 65% (y compris vaccins)		30% ou 65%	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%		15%	100% BR
Transport	Transport (hors hospitalisation et cure thermale)		65%	100% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale	Psychothérapie (réalisée par un psychologue clinicien immatriculé aux répertoires ADELI ou RPPS) ⁽²⁾		-	20 € / consultation (5 consultations max.) ⁽³⁾

HOSPITALISATION (CHIRURGIE, MALADIE, OBSTÉTRIQUE, CONVALESCENCE)

Honoraires	Consultation et actes techniques (y compris hospitalisation à domicile)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	150% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	130% BR
Frais de séjour	Frais de séjour en secteur conventionné		80% ou 100%	200% BR
	Frais de séjour en secteur non conventionné		80% ou 100%	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)		-	100% FR
Transport	Transport		65%	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale	Chambre particulière avec ou sans nuitée		-	35 € / jour
	Lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans, conjoint, concubin ou pacsé		-	25 € / jour limité à 20 jours ⁽³⁾

DENTAIRE



Soins	Soins dentaires conservateurs ou de prévention (y compris inlays onlays)		70%	150% BR
	Actes techniques		70% ou 100%	130% BR
100% santé Prothèses 100% santé ⁽⁴⁾	Prothèses 100% santé		70%	100% HLF
Prothèses hors 100% santé ⁽⁴⁾	Dans la limite d'un plafond global de 2 200 € ⁽³⁾ . Au-delà, le remboursement est égal à 100% BR.	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	70%	200% BR dans la limite des HLF
		Prothèses dentaires à tarifs libres	70%	200% BR
Orthodontie	Orthodontie		100%	200% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale	Prothèses dentaires, implantologie dentaire (connectique et chirurgie), parodontologie et orthodontie adulte et enfant ⁽⁵⁾		-	100 €

OPTIQUE⁽⁶⁾

100% santé Équipements 100% santé ⁽⁴⁾	Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	60%	100% PLV
Équipements hors 100% santé ⁽⁴⁾	Classe B : équipement verres et monture	60%	Voir grille optique ci-dessous
Suppléments	Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres	60%	100% BR
	Autres suppléments	60%	100% BR
Lentilles correctrices	Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60%	75 € ⁽⁵⁾ , au-delà, prise en charge uniquement des lentilles correctrices remboursées à hauteur de 100% TM.
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale	Chirurgie réfractive	-	Liste Audiens Bien-être Santé

Équipement

100% santé Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.

Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera la composante :

- classe A, à hauteur du prix limite de vente ;
- classe B, à hauteur de la garantie « Équipement hors 100% santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture.

100% santé Délais de renouvellement de l'équipement

Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse **un équipement – ou deux équipements** (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :

- **24 mois** pour les bénéficiaires de **16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;**
- **12 mois** pour les bénéficiaires de **moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;**
- **6 mois** pour les bénéficiaires **jusqu'à 6 ans,**

en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :

- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ;
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.

Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

Grille optique Nature des prestations ⁽⁴⁾	Équipement avec 2 verres simples	60%	80 €
	Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	155 €
	Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	60%	155 €
	Équipement avec 2 verres complexes	60%	230 €
	Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60%	230 €
	Équipement avec 2 verres très complexes	60%	230 €
	Dont monture	-	50 €

AIDES AUDITIVES⁽⁶⁾

100% santé Délais de renouvellement : conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse **une aide auditive** par oreille **tous les 48 mois** à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé. Ce délai court séparément pour chacune des aides.

100% santé Jusqu'au 31.12.2020 - Équipements	Aide auditive classe I ou II	60%	150% BR
100% santé À compter du 01.01.2021 - Équipements 100% santé ⁽⁴⁾	Aide auditive classe I	60%	100% PLV
À compter du 01.01.2021 - Équipements hors 100% santé ⁽⁴⁾	Aide auditive classe II	60%	150% BR
		Le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1700 € par aide auditive.	
Consommables, piles et accessoires	Consommables, piles et accessoires des aides auditives	60%	150% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale	Aide auditive ^{(2) (5)}	-	150 €

CURE MÉDICALE

Cure thermale	Cure thermale (traitement thermal, hébergement et transport) ⁽⁵⁾	65%	100 €
---------------	---	-----	-------

FORFAIT ACTES LOURDS

Forfait actes lourds	Non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	-	100% FR
----------------------	---	---	---------

LISTE AUDIENS BIEN-ÊTRE SANTÉ

Audiens Bien-être Santé	Prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité sociale figurant sur la liste Audiens Bien-être Santé ⁽²⁾	-	50% des dépenses réelles dans la limite de 150 € ⁽⁵⁾
-------------------------	---	---	---

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente. TM : Ticket modérateur.

(1) DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévus par la Convention nationale médicale du 25 août 2016.

(2) Sur prescription médicale et présentation d'une facture au nom du bénéficiaire.

(3) Par an et par bénéficiaire.

(4) Tel(le)s que défini(e)s réglementairement notamment au sein du code de la Sécurité sociale, à l'article R.871-2, aux points 3° pour l'optique, 4° pour les aides auditives et 5° pour les prothèses dentaires.

(5) Montant global par an et par bénéficiaire.

(6) Conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

