

Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Base (si choisi)	Base + option (si choisi)
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE, Y COMPRIS MATERNITE (1) en établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	130 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Forfait patient urgence (3)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Forfait acte lourd	Pris en charge	Pris en charge
Chambre particulière (y compris en maternité)		
Par jour	50 €	60 €
Lit d'accompagnant		
Par jour	50 €	60 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé** (4)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé		
Soins dentaires pris en charge par la SS	120 % BR	220 % BR
Inlay core et inlay à clavette	180 % BR	230 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé (5)		
Prothèses dentaires à tarifs libres ou maîtrisés prises en charge par la Ss	360 % BR	410 % BR
Inlay-onlay pris en charge par la Ss	360 % BR	410 % BR
Implantologie		
Implant dentaire (à l'exclusion du pilier) – forfait par implant	180 €	330 €
Orthodontie (6)		
Remboursée par la Ss - forfait/semestre de traitement/bénéficiaire	300 % BR	350 % BR
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) (7)		
Équipement 100 % Santé** (classe A)		
1 monture + 2 verres de classe A pour adulte et/ou enfant	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Ss		
La prise en charge des montures au sein de l'équipement de classe B est limitée à 100 € (y compris le remboursement de la Ss). Les régimes respectent les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Ss		

	Base (si choisi)	Base + option (si choisi)
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) (7)		
Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans :		
• Par verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	50 €	55 €
• Par verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	50 €	55 €
• Par verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	85 €	125 €
• Par verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	85 €	125 €
• Par verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	135 €	162,50 €
• Par verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	150 €	190 €
• Par verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	135 €	162,50 €
• Par verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	150 €	190 €
• Par monture de lunettes	90 €	100 €
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans :		
• Par verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	40 €	45 €
• Par verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	40 €	45 €
• Par verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	90 €	95 €
• Par verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	90 €	95 €
• Par verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	110 €	115 €
• Par verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	130 €	140 €
• Par verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	110 €	115 €
• Par verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	130 €	140 €
• Par monture de lunettes	80 €	100 €
Lentilles prises en charge ou non par la Ss		
Lentilles par an/bénéficiaire (en plus du RSS si lentilles prises en charge par Ss et au minimum le TM)	260 €	280 €
Chirurgie optique réfractive		
Forfait pour les deux yeux/an/bénéficiaire	-	400 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille (renouvellement par appareil tous les 4 ans)		
Équipement 100 % Santé** (8) (classe I***)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***) remboursé par la SS : tarifs négociés et reste à payer minoré		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) ROC+RC	1 700 €	1 700 €
Par bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	122 % BR	122 % BR
Par bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	125 % BR	125 % BR
Accessoires et fournitures	125 % BR	125 % BR

	Base (si choisi)	Base + option (si choisi)
SOINS COURANTS y compris maternité		
Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	150 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	130 % BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	150 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie médicale		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	150 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	130 % BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux		
Orthopédie et autres prothèses	125 % BR	125 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
	100 % BR	100 % BR
Frais de transport sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (9)	100 % BR	100 % BR
Pharmacie		
Frais pharmaceutiques remboursés par la Ss	100 % BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité	100 % BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
Actes hors nomenclature (10)		
Médecine alternative		
Acupuncteur, pédicure-podologue, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étio-pathe, homéopathe, micro-kinésithérapeute, nutritionniste, ostéopathe, phytothérapeute, psychologue, psychomotricien, réflexologue, sophrologue, Méthode Mézières - par séance, limité à 4 séances/an/bénéficiaire	40 €	40 €
Vaccins non remboursés par la Ss sur prescription médicale	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Autres postes		
Forfait maternité	473 €	473 €
Assistance		
Garanties assurées par Auxia assistance	incluse	incluse

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (reconstituée pour les actes non remboursés par la SS), **SS** = 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.

(*) 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 maximums 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 1/20° après correction.

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

(2) En établissement non conventionné prise en charge minimale au TM.

(3) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

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

(7) Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

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

(9) Ambulance, taxi conventionné - hors 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).

(10) Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 160 euros par an et par bénéficiaire.