

Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Ces garanties s'appliquent à compter du 1^{er} octobre 2022.

	Base (si choisi)	Base + Renfort (si choisi)
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾		
Frais de séjour	100 % BR	370 % BR
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	370 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée ⁽³⁾	100 % FR	100% FR
Forfait patient urgence ⁽⁴⁾	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Participation forfaitaire pour les soins coûteux		
Participation forfaitaire y compris soins courants	Prise en charge	Prise en charge
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾		
Par jour	-	3 % PMSS
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé** ⁽⁵⁾	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé		
Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % BR	170 % BR
Inlay-onlay par an et par bénéficiaire	125 % BR	15 % PMSS et au-delà du forfait 125 % BR
Parodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	-	15 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé ⁽⁶⁾		
Prothèses à tarif libre ou maîtrisé, remboursées par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	Dans la limite de 30 % PMSS et au-delà du forfait 125 % BR	Dans la limite de 30 % PMSS et au-delà du forfait 125 % BR
Couronnes, bridges et inter de bridges	300 % BR	500 % BR
Couronnes sur implant	300 % BR	500 % BR
Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)	300 % BR	500 % BR
Réparations sur prothèses	300 % BR	500 % BR
Inlays cores	300 % BR	500 % BR
Geste complémentaire	300 % BR	500 % BR
Implantologie (implant + pilier implantaire)		
Par an et par bénéficiaire	-	900 €
Orthodontie ⁽⁷⁾	125 % BR	350 % BR

	Base (si choisi)	Base + Renfort (si choisi)
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) ⁽⁸⁾		
Équipement 100 % Santé**⁽⁹⁾ (classe A)		
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
• Par verre simple	65 €	115 €
• Par verre complexe	80 €	250 €
• Par verre très complexe	115 €	350 €
• Par monture de lunettes	100 €	100 €
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	3,5 % PMSS 100% BR au-delà du forfait	7 % PMSS 100% BR au-delà du forfait
Chirurgie de l'œil		
Forfait/œil/bénéficiaire	-	800 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		
Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
Équipement 100 % Santé** ⁽⁹⁾ (classe I***)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 €	1 700 €
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	122 % BR	122 % BR
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR	400 % BR
Accessoires et fournitures	400 % BR	400 % BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non		
Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	220 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	370 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes techniques médicaux		
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	220 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	Prise en charge	Prise en charge
Analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux	100 % BR	170 % BR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	400 % BR	400 % BR
Frais de transport sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹⁰⁾	100 % BR	100 % BR
Médicaments	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR

	Base (si choisi)	Base + Renfort (si choisi)
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)		
Médecine alternative		
Par séance et par bénéficiaire (limité à 4 séances par an)	-	40 €
Prévention		
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	Pris en charge	Pris en charge
Assistance		
Garanties assurées par Auxia assistance	Oui	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale, FR = Frais réels, TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité, TM = Ticket Modérateur

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

(*) 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 1/20e après correction. (*****) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

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

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

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

(4) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

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

(6) 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.

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

(8) 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."

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

(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) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).