



Ma Santé 150% PTF



Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique de vos Conditions générales ou de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de **remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

- Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie. Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
- Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année d'assurance sauf indication spécifique. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf mention contraire. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Les garanties « 100% santé » et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique « Soins à l'étranger » dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION

Honoraires

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

170%⁽¹⁾

Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

150%⁽¹⁾

(1) Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Frais de séjour

Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux :

- En établissement conventionné
- En établissement non conventionné

Frais réels

100%

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier

Frais réels

Chambre particulière et lit pour accompagnant

Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)

50 € par jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € par jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

150%

SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		170%	
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		150%	
Limitations en psychiatrie et en chirurgie esthétique décrites dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information			
Analyses et examens de laboratoire			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		150%	
Médicaments			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%	
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)		100%	
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge	
Matériel médical			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques).		150%	
Médecine douce et prévention			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 € par séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances par an	
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		90 €	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
TRANSPORT SANITAIRE			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		150%	
OPTIQUE			
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.			
Equipements "100% santé"			
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation	
Lunettes à tarifs libres			
Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 € même si le forfait dans le tableau ci-dessous dépasse ce montant. Conformément à la réglementation, ce plafond de 100 € intègre le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).			
		Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 ^{re} , 2 ^e année	120 €	160 €
	3 ^e année	160 €	240 €
	4 ^e année et +	240 €	350 €
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 ^{re} , 2 ^e année	125 €	160 €
	3 ^e année	160 €	240 €
	4 ^e année et +	240 €	350 €
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €	200 €
	3 ^e année	220 €	240 €
	4 ^e année et +	240 €	350 €

Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 €
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale	1 ^{re} , 2 ^e année	120 €
	3 ^e année	160 €
	4 ^e année et +	240 €
DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires. Le forfait est utilisable pour les implants même s'ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.	1 ^{re} année	100% + 200 €
	2 ^e année	100% + 300 €
	3 ^e année et +	100% + 400 €
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation, selon la position de la dent.		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
AIDES AUDITIVES		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).		
Equipements "100% santé"		
Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation.		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres		
Aides auditives à tarifs libres (classe II)		150%
Accessoires		
Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif		150%
CURE THERMALE		
Cure thermique		Non pris en charge
ASSISTANCE		
Garanties d'assistance acquises (décrites dans les Conditions générales ou la Notice d'information) : Aide-ménagère, garde-malade, soutien scolaire, garde-enfants, garde-animaux, orientation hospitalière		