



Ma Santé 200% 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)

400%⁽¹⁾

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

200%⁽¹⁾

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

200%⁽¹⁾

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)

75 € par jour

Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale

15 € par jour

Hospitalisation à domicile (HAD)

Hospitalisation à domicile (HAD)

200%

(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.

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)

220%

Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

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)

200%

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)

200%

Médicaments

Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale

100%

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).

200%

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

110 €

- 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

200%

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.).

Lunettes

(2) L'offre recommandée est définie dans l'annexe 975061 jointe au contrat. Si vous ne choisissez pas l'offre recommandée, notre remboursement se base sur le tarif du verre le plus proche de l'offre recommandée.

1^{re}, 2^e année

240 €

Verres recommandés remboursés en totalité ⁽²⁾ + 130 €⁽³⁾

(3) Le forfait complémentaire peut-être utilisé pour la monture (dans la limite de 100 €) ou un traitement non prévu dans l'offre recommandée. Le remboursement total, verres plus monture, ne peut dépasser 420 € sur les lunettes à 2 verres simples, 560 € sur les lunettes à un verre simple et un verre complexe, 700 € sur les lunettes à 2 verres complexes, 610 € pour les lunettes à un verre simple et un verre très complexe, 750 € pour les lunettes à un verre complexe et un verre très complexe et 800 € pour les lunettes à 2 verres très complexes, conformément à la réglementation.

3^e année

260 €

Verres recommandés remboursés en totalité ⁽²⁾ + 130 €⁽³⁾

Les plafonds ci-dessus intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.) conformément à la réglementation des contrats responsables.

4^e année et +

300 €

Verres recommandés remboursés en totalité ⁽²⁾ + 130 €⁽³⁾

Lentilles

Lentilles, implants intraoculaires

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} année	125 € par œil
	2 ^e année	200 € par œil
	3 ^e année et +	400 € par œil

DENTAIRE

Soins

Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay	200%
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

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. Les prothèses à tarifs limités incluent les couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires et molaires, certains bridges, certains appareils amovibles, les implants⁽⁴⁾ et certains inlay-core⁽⁴⁾ et d'autres prothèses définies comme ayant des tarifs limités ou libre par la réglementation.

(4) Implants et inlay-core aux conditions "Hors partenaires". Pour les implants, le pourcentage sur la base de remboursement Sécurité sociale est remplacé par un montant de 300 € par implant.

(5) L'offre recommandée est définie dans l'annexe 975061 jointe au contrat. Elle couvre couronnes, bridges et appareils amovibles. Si vous ne choisissez pas l'offre recommandée, notre remboursement se base sur le tarif de la prothèse recommandée.

Limite annuelle du total de nos remboursements versés au titre de la garantie : « Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres ». Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.	1 ^{re} année	1 200 €
	2 ^e année	1 800 €
	3 ^e année et +	Non plafonné

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)	200% + 75 €/sem. (soit 150 €/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 de classe II

Hors partenaires	Chez nos partenaires
200% + 100 €/oreille	200% + 300 €/oreille

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

200%

CURE THERMALE

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

220%

Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

200%

Forfait thermal

200%

Frais d'hébergement et de transport

Non pris en charge

ALLOCATION DE BIENVENUE

Allocation de bienvenue pour tout nouveau-né inscrit au contrat	200 €
-----------------------------------------------------------------	-------

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, rapatriement, garde personne dépendante, assistance juridique

