

Annexe 1 : Tableau des garanties CHAUSSURES (DETAILLANTS)

Sauf mention contraire :

- les forfaits sont versés par année d'assurance (période comprise entre deux dates anniversaires de chaque adhésion individuelle) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année d'assurance suivante, ni sur un autre bénéficiaire.
- les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais engagés.

GARANTIES	NIVEAU 1	OPTION 2
		Les garanties incluent les prestations du Niveau 1.
 HOSPITALISATIONS*		
Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale		
- Frais de séjour	150%	300%
- Honoraires		
- Médecin ayant adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	170%	300%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	150%	200%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale		
- Forfait journalier hospitalier	100% du forfait	100% du forfait
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait
- Chambre particulière (hors maternité)	60 € / jour	80 € / jour
- Chambre particulière maternité	80 € / jour	80 € / jour
- Lit accompagnant (au sein de l'établissement)	30 € / jour	30 € / jour
* Hospitalisations acceptées par le régime obligatoire		
⁽¹⁾ Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Contrat d'Accès aux Soins – CAS ; Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)		
 SOINS COURANTS		
Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale		
- Honoraires médicaux :		
Consultations et visites de médecins généralistes		
- Médecin ayant adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	180%	250%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	150%	200%
Consultations et visites de médecins spécialistes		
- Médecin ayant adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	180%	250%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	150%	200%
Actes techniques médicaux		
- Médecin ayant adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	180%	250%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	150%	200%
Imagerie, radiologie, échographie		
- Médecin ayant adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	170%	250%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM ⁽¹⁾	150%	200%
- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	150%	150%
- Analyses et examens de laboratoire	100%	100%
- Médicaments	100%	100%
- Matériel médical (hors aides auditives)	300%	300%
- Cure thermique	100%	300 €
- Transport	100%	100%
- Actes de prévention (Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale		
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait
⁽¹⁾ Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Contrat d'Accès aux Soins – CAS ; Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)		
 AIDES AUDITIVES		
Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale		
- Equipement  ⁽²⁾	Intégralement remboursé ⁽³⁾	
- Equipement LIBRE	100% + 250 € / oreille	100% + 300 € / oreille
 La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition du précédent équipement, et s'entend pour chaque oreille indépendamment. La garantie inclut le remboursement de la Sécurité sociale, l'ensemble ne pourra excéder 1700 € par oreille		
- Pile et autres consommables	100%	100%
⁽²⁾ Tels que définis réglementairement : application du dispositif  à compter du 1er janvier 2021.		
⁽³⁾ Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation		

GARANTIES	NIVEAU 1	OPTION 2	
		Les garanties incluent les prestations du Niveau 1.	
 DENTAIRE			
Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale			
- Soins et prothèses 100% Sante ⁽²⁾	Intégralement remboursés ⁽⁴⁾		
- Prothèses à tarifs MAITRISES ⁽⁴⁾ ou - Prothèses à tarifs LIBRES	250%	350%	
- Orthodontie	250%	350%	
- Soins	125%	125%	
- Inlay-Onlay ⁽⁴⁾	250%	350%	
Prestation sans prise en charge de la Sécurité sociale			
- Implantologie dentaire	-	300 €	
⁽²⁾ Tels que définis règlementairement - Pour les soins et prothèses dentaires 100% Santé , le remboursement intégral se fait en deux temps : - prise en charge des couronnes et bridges à compter du 1er janvier 2020 - Prise en charge de toutes les prothèses 100% Santé à compter du 1er janvier 2021. ⁽⁴⁾ Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) : le montant est fixé par la convention dentaire / par la réglementation			
 OPTIQUE			
Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale			
- Equipement 100% Sante ⁽²⁾	Intégralement remboursé ⁽³⁾		
- Equipement LIBRE			
- Equipement verres simples			
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	200 €	300 €	
A partir de 16 ans	200 €	300 €	
- Equipement verres simples / complexes			
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	250 €	350 €	
A partir de 16 ans	250 €	350 €	
- Equipement verres complexes			
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	300 €	400 €	
A partir de 16 ans	300 €	400 €	
- Equipement verres simples / très complexes			
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	300 €	400 €	
A partir de 16 ans	300 €	400 €	
- Equipement verres complexes / très complexes			
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	350 €	450 €	
A partir de 16 ans	350 €	450 €	
- Equipement verres très complexes			
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	400 €	500 €	
A partir de 16 ans	400 €	500 €	
 L'équipement optique (1 monture et 2 verres) est pris en charge par bénéficiaire : - tous les ans jusqu'à l'âge de 15 ans inclus (pour les moins de 6 ans, fréquence ramenée à 6 mois en cas d'inadaptation de la monture) - tous les deux ans à partir de 16 ans (sauf évolution de la vue) Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale avec un maximum de 100€ pour la monture et la périodicité s'apprécie à compter de la date de facturation du précédent équipement.			
- Prestation d'adaptation et autres suppléments (hors frais d'appairage)	100%	100%	
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale			
- Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale et produits d'entretien	200 € avec un minimum de 100% BR-RSS	300 € avec un minimum de 100% BR-RSS	
- Chirurgie réfractive de l'œil (pour les 2 yeux / par an)	-	500 €	
⁽²⁾ Tels que définis règlementairement : application du dispositif 100% Santé à compter du 1er janvier 2020 ⁽³⁾ Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation			
 PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
- Ostéopathe, acupuncture, chiropracteur, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	30 € / séance Max. 3 séances	40 € / séance Max. 4 séances	
- Médicaments prescrits non remboursés y compris moyens contraceptifs, sevrage tabagique, ostéodensitométrie	30 €	50 €	
- Forfait naissance , adoption	300 €	450 €	
- Garantie assistance	Oui	Oui	

BR : Base de Remboursement / RSS : Remboursement Sécurité sociale