

Tableau de synthèse des garanties à effet du 1er Janvier 2020

Contrat n°226122540 - Société SCHLUTER SYSTEMS

Catégorie de personnel assuré :

Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L311-3 du code de la Sécurité sociale

Pour mieux comprendre les garanties

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

Tableau des garanties

Les remboursements ci-dessous viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% du TM.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

	Base
	Responsable
Prévention	
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin, par enfant de moins de	1,25 % PMSS 12 ans
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de, dans la limite d'une prise en charge tous les	400 % BR 3 ans
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 Euros
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 euros
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile et par bénéficiaire	200 Euros

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 € 310 499 959 R.C.S. Nanterre • **AXA Assurances Vie Mutuelle**. Société d'assurance mutuelle sur la vie et la capitalisation à cotisations fixes. Siren 353.457.245 • **AXA France IARD** S.A. au capital de 214 799 030 € 722 057 460 R.C.S. Nanterre • Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances**

	Base	Responsable
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, par année civile et par bénéficiaire :	100 Euros	
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale :		selon le poste auquel ils sont rattachés et au minimum 100% BR-MR

Services

Itelis

Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (Voir conditions dans votre contrat)

Hospipay : Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospipay vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.

Assistance

Essentiel (Voir conditions dans votre contrat)

Hospitalisation (y compris maternité)

Frais de séjour

dans un établissement conventionné 100 % FR-SS

dans un établissement non conventionné 90 % FR-SS dans la limite de 400 % BR

La prise en charge de l'hospitalisation en établissement non conventionné sera au minimum égale à 100% du TM

Honoraires

Médecins conventionné adhérents à l'un des DPTAM 380 % BR+TM

Médecins conventionné non adhérents à l'un des DPTAM 100 % BR+TM

Forfait journalier hospitalier

100 % Forfait

Forfait actes lourds

100 % Forfait

Chambre particulière (par jour)

4 % PMSS

Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)

2 % PMSS

Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale

est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.

Au delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

Par dérogation aux conditions générales, les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

Maternité

Forfait maternité (y compris en cas d'adoption)

30 % PMSS

La prestation est doublée en cas de naissances multiples.

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé*

100 % PLV - MR

	Base
	Responsable
Soins (Hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	500 % BR
les trois actes suivants de parodontologie (non pris en charge): -Curetage / surfaçage -Grefte gingivale -Lambeau dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	30 % PMSS
Prothèses (Hors 100% Santé)	
à tarifs limités**	500 % BR dans la limite de 100 % PLV-MR
à tarifs libres***	500 % BR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	
Pilier de bridge sur dent saine	550 Euros
dans la limite de, prothèses par année civile et par bénéficiaire	3
Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	500 % BR
Implantologie dentaire	
Pose de l'implant (Phase opératoire)	25 % PMSS
Faux moignon implantaire	7,5 % PMSS
dans la limite de, par an et par bénéficiaire	3
<p>*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).</p>	
<p>**Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).</p>	
<p>***Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.</p>	

Base

Responsable

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	370 % BR+TM
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR+TM
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	370 % BR+TM
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR+TM
Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	370 % BR+TM
Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR+TM
Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	370 % BR+TM
Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR+TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	370 % BR+TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR+TM

Téléconsultation Médicale

24h/24
 Numéro de téléphone sans surcoût
 Depuis la France : 36 33
 Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54
 Voir conditions dans votre contrat

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	370 % BR+TM
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR+TM

Analyses et examens de laboratoire

pris en charge par la Sécurité sociale	400 % BR
--	----------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	400 % BR
---	----------

Médicaments

Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100 % TM
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), par année civile et par bénéficiaire	100 Euros

Matériel Médical

Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	500 % BR
---	----------

Base

Responsable

Médecines non conventionnelles

Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,
par séance

60 Euros

Acupuncteur
Chiropracteur
Diététicien
Etiopathe
Ostéopathe
Pédicure – Podologue
Psychologue
Psychomotricien
Ergothérapeute
Tabacologue

dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :

2 séances

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n°FINESS du praticien sera demandé.

Aides auditives

Jusqu'au 31 décembre 2020

Equipements de classe 1 ou 2

900 % BR

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale

900 % BR

A partir du 1er janvier 2021

Equipements 100% Santé*
(Classe 1)

100 % PLV - MR

Equipements à tarifs libres (Classe 2)

Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)
par oreille et par période de 4 ans

1700 Euros - MR

Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans)
par oreille et par période de 4 ans

1700 Euros - MR

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale

900 % BR

*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Autres Postes

Frais de Transport

400 % BR

Cures Thermales : frais médicaux, de séjour et de transport
pris en charge par le Sécurité sociale

25 % PMSS

Plafonnement de la garantie des médecins non adhérents au DPTAM à 200% BR-MR

Base

Responsable

Optique

Verres et monture

Equipements 100% Santé*	100 % PLV - MR
-------------------------	----------------

Grille Optique Verres et monture à tarifs libres	Grille optique par équipement
---	-------------------------------

En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

***Equipements 100% Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente - PLV**) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

Autres postes optique

Lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale.	10 % PMSS
---	-----------

Au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100% du ticket modérateur

Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte (pour un implant la garantie est réduite de moitié)	700 Euros
--	-----------

L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil) par bénéficiaire et par année civile	10 % PMSS
---	-----------

Les remboursements ci-dessous viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Base
Responsable

Grille optique par équipement

Equipement avec verres		Base
SIMPLES	Avec verres unifocaux - Sphère entre -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	320 Euros - MR
COMPLEXES	Avec verres unifocaux - Sphère hors zone -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6 Avec verres multifocaux - Sphère entre -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	600 Euros - MR
TRES COMPLEXES	Avec verres multifocaux - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8	700 Euros - MR
dont monture plafonnée à		100 Euros - MR

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Exemple normé					
Base	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	1 006,07 €	1 006,07 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031)
Dentaire					
Détravage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	463,45 €	0,00 €	
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	32,50 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	29,90 €	35,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	89,70 €	193,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	210,00 €	890,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	1 476,00 €	210,00 €	1 266,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille	2 000,00 €	210,00 €	1 790,00 €	0,00 €	Pour un adulte de 21 ans et plus
Optique					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte
Équipement optique de classe B à tarifs libres (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	344,91 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 100€ et 2 verres au tarif de 245€ (Hors Réseau Itelis)