

Tableau des garanties non 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 + Renfort + Renfort + (si choisi)
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾	
Frais de séjour	450 % BR
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	450 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	450 % BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée ⁽³⁾	100 % FR
Forfait patient urgence ⁽⁴⁾	Sans reste à payer
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	
Participation forfaitaire y compris soins courants	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
Soins autres que 100 % Santé	
Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	170 % BR
Inlay-onlay par an et par bénéficiaire	15 % PMSS et au-delà du forfait 125 % BR
Parodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	20 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé ⁽⁶⁾	
Prothèses à tarif libre ou maîtrisé, remboursées par la Sécurité sociale	Dans la limite de 40 % PMSS Par an et par bénéficiaire et au-delà du forfait 125 % BR
Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR
Couronnes sur implant	550 % BR
Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)	550 % BR
Réparations sur prothèses	550 % BR
Inlays cores	550 % BR
Geste complémentaire	550 % BR
Implantologie (implant + pilier implantaire)	
Par an et par bénéficiaire	1 200 €
Orthodontie ⁽⁷⁾	
Remboursée par la Sécurité sociale - forfait/semestre de traitement/bénéficiaire	450 % BR

	Base + Renfort + 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
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Par verre simple	130 €
Par verre complexe	300 €
Par verre très complexe	350 €
Par monture de lunettes	200 €
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	10 % PMSS
Chirurgie de l'oeil	
Forfait/œil/bénéficiaire	1000 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	
Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (13) (classe I***)	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 €
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	122 % BR
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR
Accessoires et fournitures	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*	220 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	220 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	370 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	370 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes techniques médicaux	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	220 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	220 % BR
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	Prise en charge
Analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux	170 % BR
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	400 % BR
Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹⁰⁾	100 % BR
Médicaments	100 % BR ou TFR

	Base + Renfort + Renfort + (si choisi)
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)	
Médecine alternative	
Par séance et par bénéficiaire - limitée à 6 séances par an	40 €
Prévention	
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	Pris en charge
Assistance	
Garanties assurées par Auxia assistance	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 Spécialisé, 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)