

► **Vos bénéficiaires à garantir** (moyennant le paiement des cotisations correspondantes). **Ces bénéficiaires doivent être strictement identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'immeubles :**

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° SS	Situation (3)
Conjoint (1)						
Enfant 1 (2)						
Enfant 2						
Enfant 3*						
Enfant 4*						
Enfant 5*						

(1) conjoint, pacsé, concubin au sens du régime

(2) enfant à charge au sens du contrat d'assurance collective du régime frais de santé

(3) Situation: 1= scolaire 2=étudiant, 3= apprenti ,4= recherche d'un emploi, inscrit au pôle emploi, 5=invalidé, 6= autre (préciser)

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

► Engagement

Le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par Malakoff Humanis Prévoyance du présent bulletin d'adhésion et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. A réception du présent bulletin d'adhésion, Malakoff Humanis Prévoyance, émettra un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet du contrat.

Le souscripteur peut renoncer à son contrat « SURCOMPLEMENTAIRE A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES » pendant 30 jours calendaires révolus à compter du jour où le contrat a pris effet.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyé(e) à l'adresse mentionnée sur la lettre accompagnant le Certificat d'adhésion. Elle peut être faite selon le modèle de lettre suivant : "*Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon contrat « SURCOMPLEMENTAIRE A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES » du .../.../.... et demande le remboursement de la cotisation versée, dans le délai de 30 jours prévus par la loi." Fait le, àDate, (signature).*

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Malakoff Humanis Prévoyance.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par voie électronique des informations concernant les offres, produits et services de Malakoff Humanis et de ses filiales.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées ci-dessous.

Je certifie sincères et véritables les informations figurant sur ce bulletin d'adhésion et je reconnais avoir préalablement reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit Frais de santé référencé « DIP-CCN Gardiens d'Immeubles surcomp -SANTÉ- décembre 2020 » et des Conditions Générales référencées « 12885 » et son annexe jointe « information sur nos frais de gestion ».

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil de Malakoff Humanis Prévoyance.

Fait en 2 exemplaires originaux à, le.....

Signature précédée de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé »

CONSEILLER DE CLIENTELE :

SURCOMPLEMENTAIRE A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES

OPTION 1 (y compris la Base) :

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Frais de Séjour (non conventionnés)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 200%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 200%BR avec un minimum de 100%BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2)	2%PMSS/ jour
	Lit d'accompagnant (moins de 12 ans) (2)	1%PMSS/ jour
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale: ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100%BR
	Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière (doublé en cas de naissance gémellaire)	20%PMSS
DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé (**)	sans reste à payer (6)
	Soins dentaires	170%BR
	Inlay/onlay remboursé par la Sécurité Sociale (3)	170%BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (3)	300%BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	300%BR
	PROTHÈSES DENTAIRES	
	Prothèses dentaires, autre que 100% Santé, à tarifs libres ou maîtrisés, remboursées par la Sécurité sociale (3)	450%BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	470€/acte dans la limite de 3 par an par bénéficiaire
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	250%BR
	Implantologie	implant: 12%PMSS pilier implantaire: 8%PMSS dans la limite de 60%PMSS/an/bénéficiaire

OPTIQUE - PROTHÈSE (4)

ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5)	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ansLa prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €
Equipements optique 100% Santé (**) : lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (7)
Lunettes (monture + 2 verres) de classe B	Les forfaits des équipements optique sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité Sociale
Monture de lunettes	Selon la grille optique
Verres	
Lentille prescrite remboursée par la Sécurité sociale	6%PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100%BR
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	7%PMSS/an/bénéficiaire
AUTRES GARANTIES OPTIQUE	
Chirurgie optique réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15%PMSS/œil/an/bénéficiaire
AUTRES PROTHÈSES	
Orthopédie et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale	160%BR
Jusqu'au 31/12/2020:	
Aides auditives	160%BR
Accessoires et fournitures	160%BR
A compter du 01/01/2021: renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement auditif 100% Santé (**) : aides auditives de classe I	sans reste à payer (7)
Équipement autre que 100% Santé (classe II): limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité(***)	122%BR
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	160%BR
Accessoires et fournitures	160%BR

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	200%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	180%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	260%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	260%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	190%BR
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	170%BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	160%BR
	Analyses - actes de biologie	160%BR
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (5)	35€/séance dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE	
	Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%BR ou TFR
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	5%PMSS/an/bénéficiaire
Traitement anti-tabac remboursé par la SS	100€/an/bénéficiaire	
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	40€/an/bénéficiaire	
CURE THERMALE		
Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	10%PMSS/an/bénéficiaire	
PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Assistance	incluse
	Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170%BR dans la limite de 2 séances par an par bénéficiaire
	Dépistage de l'hépatite B	160%BR
	Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30€ maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50€/an/bénéficiaire	

GRILLE OPTIQUE

Grille Optique (équipements de classe B)	Adultes		Enfants de moins de 16 ans	
	Type de Verre	Forfait par verre	2V + 1M	Forfait par verre
Verres Simple Foyer, Sphérique				
sphère de -6 à +6	115 €	330 €	60 €	210 €
sphère < -6 ou > +6	145 €	390 €	90 €	270 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +6	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +6	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	165 €	430 €	110 €	310 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	275 €	650 €	170 €	430 €
sphère < -4 ou > +4	295 €	690 €	190 €	470 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +8	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +8	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère < -8 et cylindre ≥ +0,25	345 €	790 €	220 €	530 €
Monture	100 €	100 €	90 €	90 €

2V + 1M (équipement) doivent s'entendre y compris la base de remboursement de la Sécurité Sociale

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

<p>Les remboursements indiqués s'entendent sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale sauf pour les équipements optique.</p> <p>Les prestations sont exprimées sous déduction du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p>	<p>FR : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €)</p> <p>BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales</p>
---	--

(**) tels que définis règlementairement. 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 règlementairement 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.

(***) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) 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.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(4) OPTIQUE : 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. La période de 1 an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. 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."

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

(5) Sur facture détaillée.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies au sein des Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis au sein des Conditions générales.

(8) 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.

OPTION 2 (y compris la Base) :

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Frais de Séjour (non conventionnés)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 200%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 200%BR avec un minimum de 100%BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2)	2%PMSS/ jour
	Lit d'accompagnant (moins de 12 ans) (2)	1%PMSS/ jour
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale: ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100%BR
Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière (doublé en cas de naissance gémellaire)	20%PMSS	
DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé (**)	sans reste à payer (6)
	Soins dentaires	170%BR
	Inlay/onlay remboursé par la Sécurité Sociale (3)	170%BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (3)	300%BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	300%BR
	PROTHÈSES DENTAIRES	
	Prothèses dentaires, autre que 100% Santé, à tarifs libres ou maîtrisés, remboursées par la Sécurité sociale (3)	450%BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	570€/acte dans la limite de 3 par an par bénéficiaire
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	250%BR
Implantologie	implant: 12%PMSS pilier implantaire: 8%PMSS dans la limite de 60%PMSS/an/bénéficiaire	

OPTIQUE - PROTHÈSE (4)

ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5)	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €
Equipements optique 100% Santé (**) : lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (7)
Lunettes (monture + 2 verres) de classe B	Les forfaits des équipements optique sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité Sociale
Monture de lunettes	Selon la grille optique
Verres	
Lentille prescrite remboursée par la Sécurité sociale	6%PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100%BR
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	7%PMSS/an/bénéficiaire
AUTRES GARANTIES OPTIQUE	
Chirurgie optique réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15%PMSS/œil/an/bénéficiaire
AUTRES PROTHÈSES	
Orthopédie et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale	160%BR
Jusqu'au 31/12/2020:	
Aides auditives	160%BR + 5%PMSS par oreille par an
Accessoires et fournitures	160%BR + 5%PMSS par oreille par an
A compter du 01/01/2021: renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement auditif 100% Santé (**) : aides auditives de classe I	sans reste à payer (7)
Équipement autre que 100% Santé (classe II): limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité(***)	122%BR
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	160%BR + 5%PMSS par oreille par an
Accessoires et fournitures	160%BR + 5%PMSS par oreille par an

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	200%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	180%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	300%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	300%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	190%BR
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	170%BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	160%BR
	Analyses - actes de biologie	160%BR
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (5)	40€/séance dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE	
	Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%BR ou TFR
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	5%PMSS/an/bénéficiaire
	Traitement anti-tabac remboursé par la SS	100€/an/bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	50€/an/bénéficiaire	
CURE THERMALE		
Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	10%PMSS/an/bénéficiaire	
PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Assistance	incluse
	Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170%BR dans la limite de 2 séances par an par bénéficiaire
	Dépistage de l'hépatite B	160%BR
	Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30€ maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50€/an/bénéficiaire	

GRILLE OPTIQUE

Grille Optique (équipements de classe B)	Adultes		Enfants de moins de 16 ans	
Type de Verre	Forfait par verre	2V + 1M	Forfait par verre	2V + 1M
Verres Simple Foyer, Sphérique				
sphère de -6 à +6	115 €	330 €	60 €	210 €
sphère < -6 ou > +6	145 €	390 €	90 €	270 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +6	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +6	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	165 €	430 €	110 €	310 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	275 €	650 €	170 €	430 €
sphère < -4 ou > +4	295 €	690 €	190 €	470 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +8	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +8	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère < -8 et cylindre ≥ +0,25	345 €	790 €	220 €	530 €
Monture	100 €	100 €	90 €	90 €

2V + 1M (équipement) doivent s'entendre y compris la base de remboursement de la Sécurité Sociale

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

<p>Les remboursements indiqués s'entendent sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale sauf pour les équipements optique.</p> <p>Les prestations sont exprimées sous déduction du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p>	<p>FR : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €)</p> <p>BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales</p>
---	--

(**) 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.

(***) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) 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.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(4) OPTIQUE : 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. La période de 1 an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. 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."

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

(5) Sur facture détaillée.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies au sein des Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis au sein des Conditions générales.

(8) 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.