

GARANTIES SANTÉ PRO PREMIUM



Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale y compris les remboursements du régime obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion⁽¹⁾. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
HOSPITALISATION					
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ OU HOSPITALISATION DE JOUR					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % des frais réels dans la limite de 580 % BR			100 % FR
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	200 % BR			
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels			
Frais de séjour⁽⁴⁾		100 % des frais réels			
Chambre particulière (par jour dans la limite 30 jours par année d'adhésion)		70 €	85 €	120 €	135 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour dans la limite 30 jours par année d'adhésion)		50 €	50 €	50 €	50 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % BR			
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	100 % BR			
Chambre particulière (par jour dans la limite de 21 jours par année d'adhésion)		70 €	85 €	120 €	135 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 21 jours par année d'adhésion)		50 €	50 €	50 €	50 €
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels			
Frais de séjour		100 % BR			
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations ou visites généralistes	Médecins DPTAM ⁽²⁾	170 % BR	220 % BR	320 % BR	420 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux : consultations ou visites spécialistes, radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialités, actes de chirurgie	Médecins DPTAM ⁽²⁾	170 % BR	270 % BR	370 % BR	470 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux		160 % BR	260 % BR	360 % BR	460 % BR
Analyses et examens de laboratoire		170 % BR	270 % BR	370 % BR	470 % BR
Médicaments pris en charge par le régime obligatoire		100 % BR			
Frais de transport pris en charge par le régime obligatoire		100 % BR			
Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)		20 €	30 €	40 €	50 €
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses non dentaires, appareillage		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR
AIDES AUDITIVES					
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR
À compter du 01/01/2021 (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition) :					
Equipements de Classe I « 100 % Santé »^{(5) (6)}		100 % des frais réels			
Equipements de Classe II « Offre Libre » dans la limite de 1 700 € / oreille sous déduction du remboursement du régime obligatoire⁽⁵⁾		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR
Accessoires et frais d'entretiens		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
DENTAIRE				
Soins	220 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
Inlays / Onlays pris en charge par le régime obligatoire	220 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
Prothèses remboursées par le régime obligatoire « 100 % Santé » (y compris Inlays cores) ^{(6) (7)}	100 % des frais réels			
Autres prothèses remboursées par le régime obligatoire « Offre Modérée » ⁽⁶⁾ et « Offre Libre » (y compris Inlays cores) ⁽⁷⁾	270 % BR	370 % BR	470 % BR	570 % BR
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	120 €	170 €	225 €	275 €
Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	120 €	170 €	225 €	275 €
Implantologie non remboursée (par an / par bénéficiaire)	500 €	700 €	950 €	1100 €
Plafond dentaire (forfait par an et par bénéficiaire hors soins et hors prothèses remboursées par le régime obligatoire « 100 % Santé »)	1 500 € en année 1 et 2 3 000 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR	2 000 € en année 1 et 2 3 500 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR	3000 € en année 1 et 2 4000 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR	3 500 € en année 1 et 2 4 500 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR
OPTIQUE				
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le ticket modérateur et la prise en charge du régime obligatoire, non cumulable d'une année sur l'autre.				
ÉQUIPEMENT DE CLASSE A « 100 % SANTÉ » Y COMPRIS PRESTATION D'APPAIRAGE ET D'ADAPTATION DE LA CORRECTION VISUELLE⁽⁸⁾				
Monture + verres ⁽⁶⁾	100% des frais réels			
ÉQUIPEMENT DE CLASSE B « OFFRE LIBRE »⁽⁸⁾				
Monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁹⁾	250 €	320 €	370 €	420 €
Monture + verre simple + verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁹⁾	250 €	325 €	485 €	560 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁹⁾	430 €	535 €	600 €	700 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR			
Équipement mixte (combinaison de verres et montures de Classes A et B)	Se référer aux montants des équipements de la Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de Classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels			
Lentilles prescrites acceptées, refusées, jetables	100 % BR + 225 €	100 % BR + 275 €	100 % BR + 345 €	100 % BR + 395 €
Chirurgie réfractive (par œil, par an et par bénéficiaire)	250 €	400 €	500 €	600 €
MATERNITÉ, PRÉVENTION ET AUTRES SOINS				
Forfait naissance ou adoption ⁽¹⁰⁾	200 €	225 €	250 €	275 €
Cure thermale (par an et par bénéficiaire) Soins pris en charge par le régime obligatoire et frais annexes sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)	100 % BR + 345 €	100 % BR + 570 €	100 % BR + 790 €	100 % BR + 1015 €
Substituts nicotiniques prescrits (par an et par bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	60 €
Moyens contraceptifs prescrits (par an et par bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	60 €
Vaccins prescrits non remboursés (par an et par bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	60 €
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étio-pathe, acupuncteur, psychologue et psychomotricien non pris en charge par le régime obligatoire (par bénéficiaire)	35 € / séance (max 3 séances / an)	40 € / séance (max 4 séances / an)	45 € / séance (max 5 séances / an)	50 € / séance (max 6 séances / an)
Actes de prévention remboursés par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾	100 % BR			
Forfait ostéodensitométrie non remboursée par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	50 €	100 €	150 €	200 €
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR			

(1) Année d'adhésion : 12 mois civils décomptés à partir de la date anniversaire de l'adhésion.

(2) Médecins DPTAM : Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(3) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(4) Les frais de séjour en hospitalisation non conventionnée sont remboursés à hauteur de 80 % des frais réels dans la limite de 280 % BR.

(5) Selon la liste définie par l'arrêté du 14 novembre 2018 sur la prise en charge des aides auditives.

(6) Remboursement limité au prix limite de vente ou aux honoraires limites de facturation.

(7) Selon la liste définie par la convention dentaire du 21 juin 2018.

(8) Selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.

(9) Se référer à la grille optique figurant ci-dessous et sur la notice valant conditions générales.

(10) Forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiples.

(11) Les actes de prévention pris en charge par le régime obligatoire sont les actes tel que le scellement de sillons, le détartrage annuel sus et sous-gingival, ou encore la vaccination comme le DTP.

Une surcomplémentaire pour de meilleurs remboursements



La Surcomplémentaire PRO Premium, vous permet de bénéficier d'une prise en charge optimale pour vos dépassements d'honoraires et vos dépenses en optique.

LA SURCOMPLÉMENTAIRE POUR ENCORE PLUS DE PROTECTION

Surcomplémentaire PRO Premium est un contrat composé de 4 renforts qui viennent compléter les remboursements de Santé PRO Premium :

SOCLE RESPONSABLE
Deductible Madelin



SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE
Non déductible Madelin



GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRE PRO PREMIUM

IMPORTANT

Le contrat Surcomplémentaire PRO Premium est un contrat non responsable.

Les cotisations d'assurance versées au titre de Surcomplémentaire PRO Premium ne sont pas déductibles au titre de la loi Madelin.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. Les remboursements sont toujours effectués en complément du remboursement du régime obligatoire et des remboursements de Santé PRO Premium dans la limite de la garantie souscrite et de la dépense réelle.

		RENFORT 1	RENFORT 2	RENFORT 3	RENFORT 4
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ					
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ OU HOSPITALISATION DE JOUR					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	+ 350 % BR	+ 350 % BR	+ 400 % BR	+ 400 % BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations ou visites généralistes	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 120 % BR	+ 220 % BR
Honoraires médicaux : consultations ou visites spécialistes, radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialités, actes de chirurgie	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	+ 20 % BR	+ 70 % BR	+ 170 % BR	+ 270 % BR
OPTIQUE					
ÉQUIPEMENTS DE CLASSE B « OFFRE LIBRE »					
Monture + verres (toutes catégories) ⁽²⁾		+ 70 €	+ 70 €	+ 70 €	+ 70 €
Chirurgie réfractive (par oeil, par an, et par bénéficiaire)		+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €

(1) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Se référer à la grille optique figurant page 8 et sur les conditions générales.