

# TABLEAU DE GARANTIES ATOUT SANTÉ INDIVIDUEL

**2020** Conditions générales n°30342 / 30344

Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du Régime obligatoire, par bénéficiaire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime obligatoire. Dans le cas où le prestataire de santé n'est pas conventionné, le remboursement est exprimé en pourcentage du tarif d'autorité.

			Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6****
<b>HOSPITALISATION (hors chirurgie esthétique, y compris maternité)</b>								
<b>En établissement conventionné</b>								
Honoraires (y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds)	Praticiens	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	125 %	150 %	175 %	220 %	300 %
		Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	130 %	155 %	200 %	300 %
Frais de séjour <sup>(2)</sup>			Aucun reste à payer					
Forfait journalier hospitalier <sup>(3)</sup> non remboursé par la Sécurité sociale			Aucun reste à payer					
Chambre particulière, par nuitée (limité à 30 nuits par an* en psychiatrie)			-	60 € limité à 90 nuits/an*	60 € limité à 120 nuits/an*	60 € limité à 120 nuits/an*	90 € sans limite de durée	90 € sans limite de durée
Chambre particulière, par journée (hospitalisation en ambulatoire)			-	60 € limité à 90 jours/an*	60 € limité à 120 jours/an*	60 € limité à 120 jours/an*	90 € sans limite de durée	90 € sans limite de durée
Lit accompagnant par nuitée			-	20 € limité à 10 nuits/an*	20 € limité à 15 nuits/an*	20 € limité à 20 nuits/an*	20 € limité à 25 nuits/an*	20 € limité à 25 nuits/an*
Hospitalisation à domicile			100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
<b>En établissement non conventionné**</b>								
Tous postes confondus - non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>			100 %	100 %	105 %	105 %	130 %	130 %
<b>SOINS COURANTS</b>								
Honoraires médicaux	Généralistes ou spécialistes	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	125 %	150 %	175 %	220 %	300 %
		Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
	Actes techniques médicaux	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	125 %	150 %	175 %	220 %	300 %
		Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
	Actes d'imagerie médicale	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	125 %	150 %	175 %	220 %	300 %
		Non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Honoraires paramédicaux	Actes d'auxiliaires médicaux (Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes)		100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Analyses et examens de laboratoire			100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR) <sup>(4)</sup>			100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Prothèse capillaire (remboursée par la SS) - forfait par an*		100 %	50 €	65 €	85 €	100 €	125 €
Médicaments et vaccins	remboursés à 65 %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	remboursés à 30 %							
	remboursés à 15 %							
Médecine additionnelle et de prévention	Ostéopathie, éthiopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sevrage tabagique, micro kinésithérapie, réflexologie, naturopathe, pédicure, podologue (limité à 3 séances par an) <sup>(5)</sup>		-	50 €/an* (séance limitée à 25 €)	75 €/an* (séance limitée à 25 €)	100 €/an* (séance limitée à 30 €)	100 €/an* (séance limitée à 30 €)	150 €/an* (séance limitée à 40 €)
	Vaccins non remboursés : grippe, paludéen, fièvre jaune <sup>(6)</sup>		-	-	-	-	-	-
	Bilan de santé : troubles de l'andropause, de la ménopause, dépistage cancer colorectal, du col de l'utérus, de l'ostéoporose, de la cataracte, du glaucome, DMLA, de la mémoire, de l'audition, du parodontite <sup>(5)</sup>		-	-	-	-	-	-
	Actes de prévention pris en charge par la SS		Inclus					
	Médicaments (et homéopathie) prescrits par un médecin mais non remboursés par la SS <sup>(5)</sup> - forfait par an*		-	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
	Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales (honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal)	Forfait global annuel, limité à 18 jours par an*		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	+ Forfait par an*		-	100 €	125 €	150 €	200 €	200 €

**AIDES AUDITIVES**

Aides auditives - Garanties applicables jusqu'au 31/12/2020						
Équipement (par oreille)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	+ forfait par an*					
	-	200 €	250 €	300 €	350 €	425 €
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Aides auditives - par oreille - renouvellement par appareil tous les 4 ans dans la limite de 1700 €, Sécurité sociale incluse pour la Classe II, à compter du 01/01/2021						
Équipement 100 % santé*** (classe I)		Aucun reste à payer				
Équipement hors 100 % santé*** (classe II)	Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité <sup>(4)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		+ forfait par an*				
	Bénéficiaire dont l'âge est > 20 ans	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		+ forfait par an*				
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

**OPTIQUE<sup>(7)</sup> Renouvellement par équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (renouvellement annuel)**

Équipement 100 % santé*** de classe A (monture + 2 verres)		Aucun reste à payer					
Équipement hors 100 % santé*** de Classe B, dans le réseau KALIXIA et hors réseau	Avec verres simples et monture	50 €	100 €	125 €	175 €	200 €	250 €
				Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :			
	Avec verres complexes ou très complexes et monture	200 €	200 €	250 €	300 €	350 €	425 €
			Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à :				
Au sein de l'équipement, remboursement de la monture limité à :	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	150 €	
Offre équipement sans reste à charge KALIXIA (monture + verres simples ou complexes)	-	-	-	-	-	Frais réels <sup>(8)</sup> sur l'Offre Malin Prim' pour un équipement avec verres simples ou complexes	
Lentilles prescrites par an <sup>(9)</sup>	100 % <sup>(10)</sup>	100 €	150 €	200 €	250 €	325 €	
Forfait chirurgie optique réfractive par œil et par an*	-	100 €	150 €	200 €	250 €	325 €	

**DENTAIRE**

Soins et prothèses dentaires 100 % santé*** - à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles		Aucun reste à payer					
Consultations et soins dentaires		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Radiologie dentaire		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses hors 100 % santé***	Prothèses dentaires prises en charge par la SS <sup>(11)</sup>	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
	Prothèses dentaires non prise en charge par la SS (implantologie, parodontologie) - forfait par an*	-	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €
Orthodontie acceptée par la SS - par semestre de traitement		100 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Plafond de remboursements prothèses dentaires par an* (ne concerne pas les actes inclus dans le panier 100 % santé) <sup>(12)</sup>		-	500 €	800 €	1000 €	1200 €	1400 €

\*Période de renouvellement par année glissante d'adhésion.

\*\*Dans les établissements non conventionnés, les remboursements se feront sur la base du tarif d'autorité.

\*\*\*Selon réglementation en vigueur.

\*\*\*\*La formule ó cumule les garanties de deux contrats : un contrat solidaire et responsable et un contrat non responsable.

- (1) Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent uniquement le contrat d'accès aux soins (CAS), l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Le site [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.
- (2) Limité à hauteur de la garantie, par an et par bénéficiaire, pendant une durée déterminée - 30 jours en milieux spécialisés : service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie - 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées, puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité.
- (3) Dans les conditions prévues à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.
- (4) 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.
- (5) Remboursé sur présentation de la facture originale et de l'ordonnance pour les médicaments prescrits non remboursés.
- (6) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.
- (7) Remboursement exprimé y compris la SS. Verre simple : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. Verre complexe : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (8) « Offre malin Prim' » : accessible dans le réseau optique Kalixia à tout assuré qui en fait la demande, l'offre Malin Prim' correspond à une sélection de lunettes à tarifs encadrés, prises en charge intégralement.
- (9) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Dans le cas où le forfait est consommé, les lentilles remboursées par le Régime obligatoire seront prises en charge à hauteur du tarif de responsabilité.
- (10) Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.
- (11) Remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires entrant dans le panier à tarifs modérés.
- (12) Prise en charge à hauteur de 100 % de la BR, Sécurité sociale incluse si le plafond est atteint.