

GAMME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

GRILLE DE SYNTHÈSE DES PRESTATIONS 2019 SELON OPTIONS

Adhésion sans questionnaire de santé - Garantie viagère Cotisations déductibles dans le cadre de la Loi Madelin

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ- Régime obligatoire + régime complémentaire			
Gamme Actes médicaux au 01/01/2019	PRIMO		
HOSPITALISATION			
Honoraires - Médecin signataire de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)	100%	Remboursement régime obligatoire + régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins coordonnés. % de la Base de Remboursement SS.	
Honoraires - Médecin non signataire OPTAM / OPTAM-CO	100%		
Forfait hospitalier	Frais réels		
Frais de séjour (secteur conventionné)	Frais réels		
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100%		
Chambre particulière (limite 180 jours / an)	30 €		
Lit accompagnant (hospitalisation enfant moins de 12 ans) 60 jours maximum par an	-		
SOINS COURANTS			
Consultation, téléconsultation et visite (généraliste / spécialiste) Médecin OPTAM / OPTAM-CO	100%	* Plafonds progressifs : 50% la 1ère année, 75% la 2ème année, 100% la 3ème année.	
Consultation, téléconsultation et visite (généraliste / spécialiste) Médecin non OPTAM / OPTAM-CO	100%		
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues	100%		
Radiologie - Médecins OPTAM	100%		
Radiologie - Médecins non OPTAM	100%		
Analyses médicales	100%		
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100%		
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100%		
Majoration visite	Au % de l'acte s'y rapportant		
Transport remboursé par la Sécurité Sociale	100%		
Orthopédie et appareillage	100%	** Garantie médecin : forfait réduit de 10 €, adhésion avant 70 ans.	
Prothèses auditives	100%		
PHARMACIE			
Service médical modéré à irremplaçable : pharmacie de 30% à 65%	100%		
Service médical faible : pharmacie à 15%	15%		
Médecine de prévention : contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel) **	40 €		
Vaccin antigrippe	-		
DENTAIRE (sauf formule "Remboursement minimum des frais dentaires")			
Soins et chirurgie	100%		
Prothèses dentaires Dans la limite annuelle de *	150% (750 €)		
Orthodontie acceptée *	100%		
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) *	-		
OPTIQUE (sauf formule "Remboursement minimum des frais d'optique")***			
Forfait TM inclus pour un équipement comprenant une monture et 2 verres (1) Voir tableau "Composition de l'équipement" ci-contre Selon niveau d'équipement 1, 2 ou 3	Éqt 1 : 200 €	*** Tous les 2 ans : (soit l'année d'achat + 1 année civile) par bénéficiaire de plus de 18 ans et tous les ans en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 18 ans.	
	Éqt 2 : 230 €		
	Éqt 3 : 280 €		
Lentilles cornéennes acceptées (annuel)	100% + 50 €		
Lentilles cornéennes refusées (annuel)	-		
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil) *	-		
BONUS (inclus dans votre garantie)			
Assistance mondiale, frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger jusqu'à 80 000 €, Frais de recherche sports de neige, aide au domicile, N° Info pratique.			Assistance mondiale :
Médecine douce : ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens, limitée à 4 séances par an	-		Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger jusqu'à 80 000 €, Frais de recherche sports de neige, Aide au domicile, N° Info pratique.
Ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans)	100%		
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans	100%		
Forfait de surveillance thermique accepté	70%		
Forfait thermal accepté (soins et traitements)	65%		
Allocation de naissance ou d'adoption	1ère cotisation annuelle remboursée		
Allocation de mariage	100 €		

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

Niveaux d'équipement optique

(1) La prise en charge des dépenses d'optique est limitée à un équipement tous les deux ans (soit l'année d'achat + 1 année civile) par bénéficiaire de + de 18 ans et tous les ans en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de - de 18 ans. Le remboursement de la monture ne peut excéder 150€. Les montants incluent la prise en charge du ticket modérateur.

Composition de l'équipement

Équipement 1	Monture + deux verres simples
	Monture + un verre simple + un verre complexe
Équipement 2	Monture + deux verres complexes
	Monture + un verre simple + un verre ultra-complexe
Équipement 3	Monture + un verre complexe + un verre ultra-complexe
	Monture + deux verres ultra-complexes

Définition des types de verres

Verres simples :

- Verre simple foyer, dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes :

- Verre simple foyer, dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
- Verre simple foyer, dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Verre multifocal ou progressif.

Verres ultra-complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphérique, dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.



Remboursement Santé, « Comment cela fonctionne ? »

Voici en quelques mots le déroulement de chacun de vos remboursements. Il peut s'effectuer en trois étapes :

1. La Sécurité Sociale

Lorsque vous effectuez une dépense de santé, la Sécurité Sociale (SS) vous rembourse suivant son barème qui tient compte d'un montant maximum pour la prestation :

- C'est la **Base de Remboursement SS (BR)** dont le montant est souvent inférieur à la dépense que vous avez réellement effectuée.
- La SS applique un **taux de remboursement** sur cette BR : 100% à 0% (pour les actes hors nomenclature donc non remboursés). Ces valeurs sont différentes suivant les actes.

2. Votre Mutuelle peut prendre ensuite en charge tout ou partie de la somme non remboursée.

Suivant le niveau de garantie que vous avez choisi, votre mutuelle applique le forfait et/ou le pourcentage de la BR convenus dans la grille de remboursement de votre contrat, à concurrence du montant de votre dépense.

3. La Surcomplémentaire permet éventuellement un troisième niveau de remboursement pour couvrir les dépenses les plus onéreuses.

2 exemples associant Sécurité Sociale et Mutuelle au 01/01/2019 :

Vous consultez un spécialiste de Secteur 2 honoraires libres ayant opté pour l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), coût : 70€.

La Sécurité Sociale prend en compte une valeur de 25 € pour cet acte (c'est la Base de Remboursement ou BR, ou Tarif de Convention ou TC).

En appliquant le taux de remboursement à cet acte (70% de la BR), la SS vous rembourse un montant de 17,50 € (25 € X 70%) duquel elle déduit une participation forfaitaire **** de 1 €

Vous percevez de la SS 16,50 €, et il reste à votre charge 53,50 €.

La Garantie Confort d'AMPLI Mutuelle, porte votre remboursement total à 250% de la BR (SS + Mutuelle), soit 25 € X 70 % pour la SS et 25 € X 180 % pour la Mutuelle soit 45 €

Votre reste à charge est de 8,50 €

Vous achetez une paire de lunettes (2 verres et 1 monture), coût : 360 € (Équipement 1).

La Sécurité Sociale prend en compte 7,42 € (BR)

Taux de remboursement : 60% de la BR,

La SS vous rembourse 4,45 € (7,42 € X 60%), et votre reste à charge est de 355,55 €

La Garantie Essentielle d'AMPLI Mutuelle, complète votre remboursement jusqu'à 250 €, soit un montant de 245,55 € versé par la Mutuelle et 4,45 € pour la SS

Votre reste à charge est de 110 €

Les bénéficiaires (de plus de 16 ans) d'une couverture maladie sont invités à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Ce médecin traitant se coordonne avec les autres professionnels de santé et établissements de soins prenant part aux soins du patient.

Si le parcours de soins n'est pas respecté, la Sécurité Sociale applique des pénalités (diminution du taux de remboursement) qui ne peuvent pas être remboursées par une complémentaire santé.

**** Les participations sont de deux ordres :

- La Participation Forfaitaire (plafonnée à 50 € par an et par bénéficiaire) 1 € sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin.
- Les Franchises Médicales plafonnées globalement à 50 € par an et par bénéficiaire 0.50 € sur les médicaments (par unité de conditionnement) et les actes paramédicaux prescrits 2 € : retenus sur les transports en ambulance par trajet