

Les prestations indiquées dans le tableau ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré et sous réserve des dispositions prévues aux conditions générales.

Elles s'appliquent lorsque le patient respecte le parcours de soins coordonnés. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, ni les dépassements d'honoraires autorisés, ni la majoration du ticket modérateur ne sont pris en charge.

En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité sauf mention particulière au tableau de garanties. Lorsque la Sécurité Sociale intervient, le régime prend à minima en charge le Ticket Modérateur conformément à la réglementation.

GARANTIES	NIVEAU 3 En complément de la Sécurité sociale
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE	
Frais de séjour	
Frais de séjour	100 % FR limité à 400 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation forfaitaire
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait en vigueur
Forfait Patient Urgents (FPU)	100 % du forfait en vigueur
Frais et honoraires chirurgicaux	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 380 % BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 100 % BRSS
Chambre particulière – Non remboursée par la SS	
Chambre particulière de nuit (hors maternité)	3 % PMSS / nuit
Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	1,70 % PMSS / jour
Lit d'accompagnant – Non remboursé par la SS	
Frais de lit d'accompagnant	3 % PMSS / nuit
Maternité	
Chambre particulière	2,5 % PMSS / nuit
Allocation de naissance ou adoption	8 % PMSS / enfant
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Généralistes	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 170 % BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 100 % BRSS
Spécialistes	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 170 % BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 100 % BRSS
Consultation de psychologue prise en charge par la Sécurité Sociale	TM
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 170 % BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 100 % BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
Imagerie médicale, radiologie, échographie	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 170 % BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 100 % BRSS
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM + 160 % BRSS
Analyses médicales	
Analyses médicales	TM + 160 % BRSS
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations	
Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	200 % BRSS
Orthopédie & autres prothèses	200 % BRSS
Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	200 % BRSS
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale (15%, 30%, 65%)	TM

Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité Sociale	3 % PMSS /an /bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale)	80 € /an /bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
Cures thermales	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM
Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale	
Ambulance, taxi conventionné	TM + 65 % BRSS
Prévention	
Actes de prévention définis par la réglementation et remboursés SS	TM
Médecine additionnelle et de prévention – Non remboursée par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	
Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe	300 € /an /bénéficiaire
AIDES AUDITIVES	
Équipement par oreille : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100% Santé (dans la limite des Prix Limite de Vente)	
Aides auditives de Classe I (Dans la limite des frais réellement engagés)	Prise en charge intégrale
Équipements autres que 100% Santé : Limité à 1700 € TTC /aide auditive (hors accessoires), y compris remboursement de la Sécurité sociale	
Aides auditives de Classe II (***)	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité, et bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	600 € /oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures	100 % BRSS
DENTAIRES	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé (dans la limite des Honoraires Limite de Facturation)	
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé	Prise en charge intégrale
Prothèses autres que 100% Santé	
Panier maîtrisé (dans la limite des Honoraires Limites de Facturation)	
Soins conservateurs	TM
Inlay, Onlay remboursés par la Sécurité sociale	300 % BRSS
Inlay core	340 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300 % BRSS
Panier libre	
Soins conservateurs	TM
Inlay, Onlay remboursés par la Sécurité sociale	300 % BRSS
Inlay core	320 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	320 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale	400 € /prothèse
Parodontologie	Forfait 300 euros
Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	600 € /an /bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	220 % BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	400 € /semestre
OPTIQUES (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)	
1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans ramené à 1 an si évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture	
Équipement 100 % Santé (dans la limite des Prix Limite de Vente)	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale, dans la limite des frais réellement engagés
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A ou B)	
Équipements autres que 100 % Santé (Classe B)	
Dans le réseau de soins ITELIS	OPTI 5 - Prise en charge intégrale, dans la limite des frais réellement engagés
Hors réseau de soins	Voir Grille optique
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € /an /bénéficiaire (minimum TM)
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	250 € /an /bénéficiaire
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BRSS
Chirurgie réfractive	345 € / œil / an

SERVICES

Assistance	IMA ASSURANCES
Réseau de soins	ITELIS
Téléconsultation	MEDADOM
Opticien en téléconsultation	C'EVIDENTIA

Équipements autres que 100 % Santé (classe B) et HORS réseau de soins

Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre :	160 € /verre
Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre :	160 € /verre
Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre :	222 € /verre
Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	277 € /verre
Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	250 € /verre
Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	288 € /verre
Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	300 € /verre
Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	311 € /verre
Monture	100 €

POUR MIEUX COMPRENDRE VOS GARANTIES

LEXIQUE :

BR : Base de remboursement

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé

OPTAM/OPTAM-CO

Cécité : se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction

FR : Frais Réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

€ : Euro

SS : Sécurité Sociale

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée –

Chirurgie-Obstétrique

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

PLV : Prix Limite de Vente

HLF : Honoraire Limite de Facturation

TM : Ticket Modérateur

FPU : Forfait Patient Urgence - facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

100% Santé : dispositif 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.

Les options de la **liste A** et de la **liste B**, et de la **classe I** et **II**, sont définies par la réglementation

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.



OPTIQUE

L'opticien doit exposer un large choix de montures en 2 coloris différents, avec un prix limite de vente de 30€ par monture, ainsi que des verres corrigeant tous types de défaut visuel, avec traitement anti-reflet, anti-rayure et amincissement adapté.

Le Panier tarifs libres

Le prix des autres montures est librement fixé. Elles seront remboursées à hauteur du montant prévu dans votre contrat (dans la limite de 100€ maximum).

Les verres « Tarifs libres » bénéficient de traitements supplémentaires.



DENTAIRE

Remboursement intégral des couronnes et bridges avec application d'honoraire limite de facturation en fonction du type de couronnes, de la position de la dent et du matériau.

Création d'un panier intermédiaire

Des matériaux de meilleure qualité à tarifs maîtrisés

Le Panier tarifs libres

Les dentistes conservent leur liberté dans la fixation des prix.



AUDIOLOGIE

Tous les types d'appareils sont concernés : Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire. 3 options minimum dans une liste définie.

Le Panier tarifs libres

Le prix de l'appareil est librement fixé. L'appareil sera remboursé à hauteur du montant prévu dans votre contrat (dans la limite de 1700€ par oreille). Des fonctionnalités plus sophistiquées et davantage d'options sont proposées.

QUI VOUS REMBOURSE ?

L'Assurance Maladie Obligatoire (Sécurité Sociale) rembourse partiellement vos dépenses de santé. COLONNA PARTNERS intervient en complément de l'Assurance Maladie pour diminuer votre reste à charge.

Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (**BR**)

