

Extrait des garanties Surcomplémentaire Non Responsable

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général, le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées SS, les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par Humanis avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS et l'Orthodontie SS sont, quant à elles, prises en charge par Humanis avec un minimum de 125% de la BR - MR.

REGIME SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE	
Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale (sauf garanties exprimées en forfait).	
Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné)	
Hospitalisation chirurgicale	
Etablisements conventionnés	
◊ Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % des Frais Réels
◊ Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO	100 % des Frais Réels
◊ Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO	580 % de la BR
Etablisements non conventionnés	
◊ Frais de séjour et Fournitures diverses	580 % de la BR
◊ Honoraires	200 % de la BR
Hospitalisation médicale	
Etablisements conventionnés	
◊ Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % des Frais Réels
◊ Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO	100 % des Frais Réels
◊ Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO	580 % de la BR
Etablisements non conventionnés	
◊ Frais de séjour et Fournitures diverses	580 % de la BR
◊ Honoraires	200 % de la BR
Forfait journalier (1)	100 % des Frais Réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	4 % du PMSS par jour
Chambre particulière en maternité	2 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 12 ans)	4 % du PMSS par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
Hospitalisation à domicile	
Honoraires des médecins libéraux - Signataires OPTAM/OPTAM-CO	100 % des Frais Réels
Honoraires des médecins libéraux - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO	200 % de la BR
Autres frais	100 % des Frais Réels
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné)	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO	420 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO	420 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO	570 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO	570 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO	300 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO	300 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	310 % de la BR
Biologie médicale	310 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR
Vaccins non remboursés par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 75 Euros
Pilules contraceptives non remboursées par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 90 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 2,60 % du PMSS
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la SS	165 % de la BR

RÉGIME SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE	
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS	460 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 Euros
Accessoires (2)	460 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 Euros
PROTHÈSES AUDITIVES	
Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 1300 Euros (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
FRAIS DENTAIRES *	
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins dentaires remboursés par la SS ne relevant pas du dispositif 100% santé (3) : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	320 % de la BR
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4)	
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale
Parodontologie non remboursée par la SS	600 Euros par an et par bénéficiaire
Inlays-onlays remboursés par la SS	425 Euros
Prothèses dentaires remboursées par la SS : (5) - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	600 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : (5) (6) ** - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	425 Euros par acte
Orthodontie remboursée par la SS	500 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	580 Euros par semestre
Implantologie	575 Euros par acte
Plafond dentaire applicable sur l'ensemble des garanties dentaires	200% PMSS/an/bénéficiaire
MATERNER ET ADOPTION	
Allocation naissance ou adoption	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
PREVENTION	
Actes de prévention	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat
MEDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathie, Homéopathe, Méthode Mézières, Microkinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 340 Euros
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la SS : - honoraires et soins remboursés par la SS - transport et hébergement remboursés par la SS	100 % de la BR plus un forfait annuel égal à 0 % du PMSS
SERVICES	
Assistance de base + Plateforme Itéris + Téléconsultation + Hospiway	Inclus
Tiers Payant iSanté	Prévu
Tiers Payant Optique	Prévu

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS et tout autre organisme complémentaire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.
PMSS 2020 : 3428€

REGIME SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE

OPTIQUE	
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (1 équipement tous les ans)	
Equipelement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipelement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres remboursés par la SS	Cf. Grille Optique détaillée de type a / c / f
Monture remboursée par la SS	100 Euros
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	575 Euros par oeil

FORFAIT PAR VERRE			
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	160 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	245 Euros par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	160 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	160 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	245 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	245 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	245 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	245 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	245 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	245 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	245 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	245 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	245 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	245 Euros par verre
Equipelement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Equipelement Verre composé de catégories distinctes		B	2 Verres + 1 Monture Non Responsable
Equipelement Verre composé de catégories distinctes		D	2 Verres + 1 Monture Non Responsable
Equipelement Verre composé de catégories distinctes		E	2 Verres + 1 Monture Non Responsable

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

Equipelement Homogène 2020 :

CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4
CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Equipelement mixte 2020

Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B
Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D
Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

(* Dans la limite de 4 prothèses par an, au-delà remboursement sur la base de 240% de la BR. (** Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. **Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).