

Les garanties du contrat **CEGEMA ESSENTIEL** décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat **CEGEMA ESSENTIEL** s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% Santé* »).

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Vente" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

Des garanties évolutives et de nombreux **BONUS FIDÉLITÉ !**

CEGEMA ESSENTIEL

COMPATIBLE À LA RÉFORME 100% SANTÉ

E4 + Renforts HOSPI - PHARMACIE - BIEN-ÊTRE & OPTIQUE - DENTAIRE - AUDIO

HOSPITALISATION		
Honoraires	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽⁶⁾	175% 155%
	Bonus à partir de la 3^{ème} année ⁽⁶⁾	+25%
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		Rbt intégral
Frais de séjour		
- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	Secteur conventionné	Rbt intégral
	Secteur non conventionné	100%
- en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos		100%
- en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique		100%
Hospitalisation à domicile		100%
Transport du malade (sauf maternité et cures)		100%
Chambre particulière (2) (3) - Forfait par journée		50 €
	<i>en 2^{ème} année</i>	65 €
	à partir de la 3^{ème} année	80 €
Confort Hospi : Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet (20 jours par événement)		15 €
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
- Médecins généralistes et spécialistes	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽⁶⁾	125% 105%
- Radiologie - Imagerie - Echographie		+25%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	Bonus en 2^{ème} année ⁽⁶⁾	+50%
	Bonus à partir de la 3^{ème} année ⁽⁶⁾	
Honoraires paramédicaux		200%
Analyses et examens de laboratoire		200%
Médicaments		
- remboursés par la Sécurité sociale à 65% et à 30%		100%
- remboursés par la Sécurité sociale à 15%		100%
Médicaments prescrits non remboursés		
	<i>en 2^{ème} année</i>	10 €
	à partir de la 3^{ème} année	20 €
Matériel médical		
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale		100%
	Bonus à partir de la 2^{ème} année	+30 €
Médecine complémentaire (acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues)		
	<i>en 2^{ème} année</i>	1 séance (dans la limite 20 € /séance)
	à partir de la 3^{ème} année	2 séances (dans la limite de 30 € /séance)
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale (honoraires, soins, frais de transport et hébergement)		100%
	<i>en 2^{ème} année</i>	+ 50 €
	à partir de la 3^{ème} année	+ 100 €
Prévention		
- Actes de Prévention (actes prévus dans le cadre des contrats responsables)		100%
OPTIQUE		
Equipements 100% Santé* :		
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b)		Rbt intégral
Renouvellement tous les 2 ans (c)		Rbt intégral
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A		50 €
- Verres de classe A		
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		
Equipements hors 100% Santé* :		
Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)		
- Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €		125 €
- Une monture de classe B avec deux verres simples de classe B		200 €
- Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B		Bonus : + 50 €
	<i>en 2^{ème} année</i>	Bonus : + 100 €
	à partir de la 3^{ème} année	
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾		100% + 100 € /an
Chirurgie réfractive par œil	à partir de la 2^{ème} année	150 € /an
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% Santé*		
- Prothèses dentaires et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé (a))		Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé*		
- Prothèses dentaires hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres		100%
Renfort : complément dans la limite d'un plafond de 1500 € par an		+ 50%
	<i>en 2^{ème} année</i>	+ 100%
	à partir de la 3^{ème} année	+ 150%

Soins		
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale		125%
- Inlays-onlays et inlays-core remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres		125%
Bonus sur l'intégralité des soins dentaires : 2^{ème} année		+25%
Bonus sur l'intégralité des soins dentaires : à partir de la 3^{ème} année		+50%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100%
Dentaire non remboursé par le RO	<i>en 2^{ème} année</i>	100 €
	<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	150 €
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives - Prestations assurées au cours de l'année 2020		
- Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale		100%
Aides auditives - Prestations assurées à partir du 1er janvier 2021		
Equipements 100% Santé*		
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I (e) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)		Rbt intégral
Equipements hors 100% Santé*		
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d).		100%
Renfort : forfait complémentaire	<i>en 2^{ème} année</i>	+ 200 €
	<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	+ 400 €
ASSISTANCE		
Assistance		OUI
Téléconsultation		OUI
Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé (5)		OUI
ELIGIBILITE RENFORTS		
Eligibilité des renforts (cumulables)		OUI

SPÉCIAL RÉFORME 100% SANTÉ

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL intègre la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite «100% Santé*»).

La prise en charge des dépenses d'Optique, de Dentaire, et d'Audioprothèse concernées par le 100% Santé* sera donc adaptée en fonction du calendrier défini par la réglementation.

En conséquence les blocs de garanties entrant dans le cadre du 100% Santé* évolueront automatiquement sans action de votre part selon les modalités ci-dessous :

- « optique » : évolution des garanties dans leur ensemble dès 2020 ;
- « dentaire » : évolution uniquement pour les actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale dès 2020 ;
- « auditif » : évolution uniquement pour les aides auditives (audioprothèses) dès 2021.

LEXIQUE

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral
- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif
- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

- (1) Hors régime local Alsace-Moselle
- (2) Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré.
- (3) Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, assimilés, diététique, gériatrie et cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.
- (4) Au-delà remboursée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- (5) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.
- (6) En cas de remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels non OPTAM-OPTAM-CO, la prise en charge des professionnels ayant adhéré à l'OPTAM doit être supérieure. Cette différence doit être au moins égale à 20 % par rapport au tarif de base de la prestation. Cette différence reste applicable en cas de bonus à l'ancienneté.

INFORMATIONS 100% SANTÉ*

* telles que définies réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + CEGEMA ESSENTIEL) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés en euros y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

CEGEMA

Siège social : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 300 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | ORIAS n° 07 001 328 www.orias.fr | RCS

Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1° b du Code des assurances | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

Assureur : L'EQUITE | Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Société Anonyme au capital de 22 469 320 euros | Entreprise régie par le Code des assurances |

Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

Association souscriteur : GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident) - Association régie par la loi du 1er juillet 1901 | 75447 Paris Cedex 09

Assistance : AWP P&C SA au capital de 17 287 285 euros - régie par le Code des assurances - RCS Bobigny 519 490 080 | Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Téléconsultation : Fragonard Assurances | SA au capital de 37 207 660 € - régie par le Code des assurances - RCS Paris 479 065 351 | Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris.

Les prestations d'assistance de la convention et de la téléconsultation sont mises en oeuvre par AWP FRANCE SAS - SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, ci-après désignée sous le nom commercial "Mondial Assistance"