

Les garanties du contrat **CEGEMA CONFORT** décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits «responsables et solidaires» mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat **CEGEMA CONFORT** 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 ainsi que des «Prix Limites de Vente» (PLV) et «Honoraires Limites de Facturation» (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

		C6 - Renforts HOSPI+ et HONORAIRES+
Limite d'âge à l'adhésion		80 ans
Age min assuré principal		18 ans
HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO		285%
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO		260%
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ - Durée illimitée		Rbt intégral
Frais de séjour		
Secteur conventionné		Rbt intégral
Secteur non conventionné		100%
Autres frais :		
- Chambre particulière ⁽³⁾ - Forfait par journée		100 € /jrs
- Frais accompagnant, télévision, téléphone et internet (20 jours par événement)		25 € /jrs
- Transport du malade		100%
Hospitalisation à domicile		100%
Hospizen		
1) En amont de l'hospitalisation, des conseils médicaux pratiques, administratifs et de bien-être.		
2) A tout moment, l'expertise d'une équipe de professionnels de santé pour s'informer sur sa situation individuelle.		
3) Un diagnostic personnalisé en fonction de son environnement familial, géographique et socio-économique pour planifier les services à domicile.		
Hospitalisation de plus de 24h ou immobilisation à domicile de plus de 5 jours		
Enveloppe de services de 300 € pour des services et aide à domicile.		
Ces services et aides peuvent être : auxiliaire de vie, aide ménagère, portage de repas, assistance aux animaux de compagnie, livraison de courses, bien-être à domicile...		
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
- Médecins généralistes et spécialistes ⁽⁴⁾		
- Radiologie - Imagerie - Echographie		260%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO		
hors OPTAM ou OPTAM-CO		260%
Honoraires paramédicaux		200%
Analyses et examens de laboratoire		200%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		
		à 65%
		à 30%
		à 15%
Matériel médical		
Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, ...)		100%
remboursés par la Sécurité sociale		
Complément petits et gros appareillages		150 € /an
Cures thermales		
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale		100%
Allocation maternité et adoption		150 €
Prévention		
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables		100%
OPTIQUE		
Equipements 100% Santé* :		
- Une monture et 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)		
- Une monture de Classe B (associées à des verres de Classe A)		100 €
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 €		
- Une monture de classe B avec 2 verres simples		260 €
- Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe		350 €
Lentilles de contact		
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		100%
DENTAIRE		
Soins		
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale		210%

	C6 - Renforts HOSPI+ et HONORAIRES+
- Inlays-onlays 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	210%
- 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	210%
Orthodontie	
- Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	100%
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)	300 € /semestre
Soins et prothèses 100% Santé*	
- Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe a remboursement renforcé)	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé*	
- Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	310%
Plafonds sur les prothèses hors 100% Santé* (au delà, remboursement au TM)	2500 €
AIDES AUDITIVES	
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%
TELECONSULTATION	
Service de télé médecine 24h24 et 7j/7	10 consultations /an et 20 consultations /an en cas d'ALD
SERVICES	
Assistance	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 ⁽²⁾	OUI

LEXIQUE

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

(1) Hors régime local Alsace Moselle

(2) Au près des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.cartelanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.

Exclusions et limitations de garantie

(3) Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré.

Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie est limitée à 6 séances ; à partir de la 7^{ème}, seul le ticket modérateur sera remboursé. délai d'attente: Sans délai d'attente sur les 8 formules de base. 1 mois pour tous les renforts.

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 Confort) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés 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 Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | www.cegema.com | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | ORIAS no 07 001 328 - www.oriass.fr | RCS Antibes B 378 966 485

Assureur : Swiss Life Prévoyance et Santé | Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021