

Les garanties du contrat **CEGEMA EQUILIBRE** 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 EQUILIBRE** 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).

Niveau 4

HOSPITALISATION	
Honoraires	
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	200%
hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	150%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ - Durée illimitée	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%
- Chambre particulière ⁽³⁾ - Forfait par journée	80 € /j
- Frais accompagnant (ascendant - descendant - collatéraux) (dans la limite de 30 jours par an)	30 € /j
- Confort Hospi (télévision, presse, téléphone et Internet) (dans la limite de 30 jours par an)	15 € /j
- Transport du malade (sauf maternité et cures)	100%
- Hospitalisation à domicile	100%
Assistance: 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.	
Services d'assistance en cas d'hospitalisation de plus de 24h ou immobilisation à domicile de plus de 5 jours	Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile.
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
- Médecins généralistes et spécialistes	
- Radiologie - Imagerie - Echographie	
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	150%
hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	125%
Honoraires paramédicaux	200%
Analyses et examens de laboratoire	200%
Allocation maternité /Adoption	100 € /an
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale	
Médecines complémentaires : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues	100 € /an
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	
à 65%, 30% et 15%	100%
Matériel médical	
Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, ...) remboursés par la Sécurité sociale	200%
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale	200%
- Forfait frais de transport et hébergement	100 € /an
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	80 € /an
Prévention	
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100%
Services d'assistance en cas d'ALD (Affection de Longue Durée)	Forfait de 500 € pour des services et aide à domicile.
OPTIQUE	
Equipements 100% Santé* :	
Equipement (une monture et deux verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)	
- Un équipement de deux verres de Classe A + une monture Classe A	Rbt intégral
- Verres de Classe A	Rbt intégral
- Une monture de Classe B (associée 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 de classe B	200 €
- Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B	400 €

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	200 € /an
Chirurgie réfractive (par œil)	200 € /œil
DENTAIRE	
Soins	
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	200%
- 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	200%
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 à remboursement renforcé(a))	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	200%
Plafond dentaire - Limitation prothèses dentaires hors 100% Santé (au-delà remboursement au TM)	2000 € /an
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	200%
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	200 € /an
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)	175%
ASSISTANCE	
Assistance	OUI
Services d'assistance Aide aux Aidants	
Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile lorsque vous êtes en situation de devoir aider un membre de votre famille devenu dépendant. (La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par personne aidée.)	
Services d'assistance Mon Coach Bien Etre	10 consultations /an
Téléconsultations	10 consultations /an
SERVICES	
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 ⁽⁴⁾	OUI

CAGNOTTE PRESTATION

L'absence de remboursement en 1ère année* sur l'ensemble des postes mentionnés dans la Notice d'Information permet l'attribution d'une cagnotte de prestations sur les garanties suivantes:

Optique - Dentaire - Audio	+ 100 € dès la 2 ^{ème} année + 150 € dès la 3 ^{ème} année (si absence de remboursement en 2 ^{ème} année)
Honoraires Hospitalisation OPTAM ou OPTAM CO	+25% dès la 2 ^{ème} année +50% dès la 3 ^{ème} année (si absence de remboursement en 2 ^{ème} année)

* se reporter à l'article 11 de la Notice d'information pour plus de détail sur le fonctionnement de la cagnotte

LEXIQUE

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

(1) 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.

(2) Hors régime local Alsace Moselle

(3) La chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré. Hors chambre ambulatoire. Limitée à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée

(10) jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(4) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.cartablancaepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.

INFORMATIONS 100% SANTÉ*

* telles que définies réglementairement

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

(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 EQUILIBRE) 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'appairage 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 |

ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485

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 26 469 320 euros |

Entreprise régie par le Code des assurances | Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

Association sous-triprice : 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

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"