

# CEGEMA ESSENTIEL<sup>2</sup>

A l'exception des fomules Hospi et Initiale, les garanties du contrat **CEGEMA ESSENTIEL<sup>2</sup>** 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 ESSENTIEL<sup>2</sup>** 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).

		Initiale
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Honoraires</b>	Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	1 mois de délai d'attente (remboursement à 100%) 200% 200%
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(2)</sup> - Durée illimitée		Rbt intégral
<b>Frais de séjour</b>		
- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	Secteur conventionné Secteur non conventionné	Rbt intégral 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 <sup>(3)</sup> - Forfait par journée		50 € / j
- Confort Hospi (télévision, téléphone et Internet) et Frais accompagnant (20 jours par événement)		25 € / j
- Transport du malade (sauf maternité et cures)		100%
<b>Hospitalisation à domicile</b>		100%
<b>Hospizen</b>		
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.		
<b>Hospitalisation de plus de 24h</b>		
Forfait de 250 € 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...		
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
- Médecins généralistes et spécialistes		
- Radiologie - Imagerie - Echographie		
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% 100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>		100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		100%
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale</b>		
	à 65%, 30% et 15%	100%
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, ...) remboursés par la Sécurité sociale		100%
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins</b>		
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale		100%
- 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		100%
- 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)		100%
<b>TELECONSULTATION</b>		
<b>Service de télémédecine 24h/24 et 7j/7</b>		10 consultations /an
<b>SERVICES</b>		
<b>Assistance</b>		OUI
<b>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</b> <sup>(4)</sup>		OUI

## 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) 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, assimilés, diététique, gériatrie et cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.

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

## INFORMATIONS 100% SANTÉ\*

\* telles que définies réglementairement

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL<sup>2</sup> 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 ESSENTIEL<sup>2</sup>) 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](http://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 n° 07 001 328 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) | RCS Antibes B 378 966 485

Assureur : L'EUITE | 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

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"