

Garanties Santé Bureaux d'Études

GARANTIES
SUPRA-
CONVENTIONNELLES

Les garanties s'appliquent conformément à la notice valant Conditions Générales. Les garanties incluent les remboursements du Régime obligatoire lorsque celui-ci intervient. Les remboursements s'effectuent dans la limite des frais réellement engagés, les forfaits et plafonds de garanties s'entendent par assuré. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

	CONVENTIONNEL+	OPTION 1+	OPTION 2+	OPTION 3+	PREMIUM	
HOSPITALISATION⁽¹⁾						
HONORAIRES						
• Médecins DPTAM en secteur conventionné ⁽²⁾	200 % BR	220 % BR	240 % BR	Frais réels	Frais réels	
• Médecins non DPTAM en secteur conventionné ⁽²⁾	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	
• Médecins en secteur non conventionné	175 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	
FRAIS DE SÉJOUR	175 % BR	200 % BR	200 % BR	Frais réels	Frais réels	
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	Frais réels					
Forfait Patient urgences et forfait actes lourds	Frais réels					
Chambre particulière en secteur conventionné - Par journée ou par nuitée	45 €	60 €	90 €	130 €	150 €	
Lit d'accompagnant en secteur conventionné - Par nuitée	45 €	60 €	90 €	130 €	150 €	
SOINS COURANTS *						
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations / visites / consultations en ligne de généralistes	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % BR	150 % BR	250 % BR	400 % BR	450 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽²⁾ ou non conventionné	100 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultations / visites / consultation en ligne de spécialistes**	Médecins DPTAM ⁽²⁾	200 % BR	250 % BR	300 % BR	450 % BR	500 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽²⁾ ou non conventionné	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	150 % BR	170 % BR	170 % BR	250 % BR	250 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽²⁾	130 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale et actes d'échographie	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % BR	145 % BR	170 % BR	350 % BR	400 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽²⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	
MÉDICAMENTS						
Médicaments (remboursés par le Régime obligatoire)	100 % BR					
Pharmacie prescrite non remboursée par le Régime obligatoire ⁽³⁾	-	30 €	30 €	30 €	30 €	
MATÉRIEL MÉDICAL						
Appareillage et prothèses médicales (Hors aides auditives et optique)	175 % BR	200 % BR	200 % BR	350 % BR	450 % BR	
AUTRES SOINS						
Cure thermale remboursée par le Régime obligatoire ⁽³⁾	-	-	-	450 €	550 €	
Frais de Transport sanitaire accepté par le Régime obligatoire	100 % BR					
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire ⁽⁴⁾	100 % BR					
AIDES AUDITIVES						
PRISE EN CHARGE D'UN ÉQUIPEMENT PAR OREILLE UNE FOIS TOUS LES QUATRE ANS, À COMPTER DE LA DATE DE DERNIÈRE ACQUISITION						
Equipements de Classe I « 100 Santé » ⁽⁵⁾	Frais réels					
Équipements de Classe II « Offre Libre » ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	450 €/oreille (avec un minimum de 100 % BR)	600 € / oreille (avec un minimum de 100 % BR)	1000 € / oreille (avec un minimum de 100 % BR)	1000 € / oreille (avec un minimum de 100 % BR)	1000 € / oreille (avec un minimum de 100 % BR)	
Accessoires et fournitures	100 % BR					

Garanties Santé Bureaux d'Études

GARANTIES
SUPRA-
CONVENTIONNELLES

Les garanties s'appliquent conformément à la notice valant Conditions Générales. Les garanties incluent les remboursements du Régime obligatoire lorsque celui-ci intervient. Les remboursements s'effectuent dans la limite des frais réellement engagés, les forfaits et plafonds de garanties s'entendent par assuré. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

	CONVENTIONNEL+	OPTION 1+	OPTION 2+	OPTION 3+	PREMIUM					
DENTAIRE										
Soins (avec ou sans dépassements d'honoraires)	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR					
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ⁽⁵⁾										
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	Frais réels									
OFFRE MODÉRÉE ET OFFRE LIBRE⁽⁵⁾										
Inlays/Onlays	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR					
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire « Offre Modérée » et « Offre Libre » ⁽⁵⁾	*** Limité à 3 prothèses par an et par assuré hors couronne sur implant - Au-delà, la garantie est remboursée à hauteur de 125 % BR									
• Inlays Cores ***	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR					
• Dents du sourire remboursées par le Régime obligatoire (y compris couronne sur implant) ^{(7)***}	250 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR	600 % BR					
• Dents de fonds de bouche remboursées par le Régime obligatoire (y compris couronne sur implant) ^{(5)***}	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR					
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (PAR SEMESTRE DE TRAITEMENT ET PAR ASSURÉ)	250 % BR	300 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR					
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE										
Prothèses dentaires non prises en charge par le Régime obligatoire ⁽³⁾	150 €	200 €	300 €	300 €	400 €					
Orthodontie non prise en charge par le Régime obligatoire (par semestre de traitement à terme échu et par assuré) ⁽⁵⁾	-	250 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR					
Implantologie non remboursée par le Régime obligatoire ⁽³⁾	500 €	500 €	500 €	800 €	950 €					
Parodontologie ⁽³⁾	-	200 €	300 €	325 €	350 €					
OPTIQUE										
Les forfaits présentés ci-dessous intègrent le ticket modérateur et la prise en charge du Régime obligatoire, lorsque celui-ci intervient (forfaits non cumulables d'une année sur l'autre). S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A.										
	Pour les -16 ans	Pour les 16 ans et +	Pour les -16 ans	Pour les 16 ans et +	Pour les -16 ans	Pour les 16 ans et +	Pour les -16 ans	Pour les 16 ans et +	Pour les -16 ans	Pour les 16 ans et +
ÉQUIPEMENT DE CLASSE A « 100 % SANTÉ » Y COMPRIS PRESTATION D'APPAIRAGE ET D'ADAPTATION DE LA CORRECTION VISUELLE⁽⁵⁾										
Verre toute correction ⁽⁵⁾	Frais réels									
Prise en charge de la monture limitée à	30 €									
Examen de la vue par l'opticien	Frais réels									
ÉQUIPEMENT DE CLASSE B « OFFRE LIBRE »⁽⁵⁾										
Verre unifocal, sphérique (forfait par verre)										
Sphère de - 6 à + 6	40 €	70 €	50 €	80 €	60 €	90 €	75 €	125 €	80 €	160 €
Sphère de - 6,25 à - 12 ou de + 6,25 à + 12	75 €	80 €	85 €	90 €	95 €	100 €	120 €	150 €	130 €	300 €
Sphère < - 12 ou > + 12	80 €	90 €	90 €	100 €	100 €	110 €	125 €	160 €	130 €	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique (forfait par verre)										
Cylindre ≤ + 4 sphère de - 6 à 0	50 €	80 €	60 €	90 €	70 €	100 €	90 €	135 €	90 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	50 €	80 €	60 €	90 €	70 €	100 €	90 €	135 €	90 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	80 €	90 €	90 €	100 €	100 €	110 €	110 €	145 €	120 €	160 €
Cylindre ≤ + 4 sphère < - 6	80 €	90 €	90 €	100 €	100 €	110 €	125 €	145 €	130 €	160 €
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à 0	90 €	100 €	100 €	110 €	110 €	120 €	140 €	170 €	150 €	300 €
Cylindre > + 4 sphère < - 6	100 €	110 €	110 €	120 €	120 €	130 €	150 €	180 €	160 €	300 €
Verre multi-focal ou progressif sphérique (forfait par verre)										
Sphère de - 4 à + 4	105 €	130 €	115 €	140 €	125 €	160 €	155 €	210 €	160 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	115 €	140 €	125 €	150 €	135 €	170 €	170 €	220 €	180 €	350 €
Verre multi-focal ou progressif sphéro-cylindrique (forfait par verre)										
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	125 €	150 €	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	230 €	190 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	125 €	150 €	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	230 €	190 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	135 €	160 €	145 €	170 €	155 €	190 €	190 €	240 €	200 €	350 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	125 €	150 €	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	230 €	190 €	300 €
Sphère < - 8	135 €	160 €	145 €	170 €	155 €	190 €	190 €	240 €	200 €	350 €
Monture	60 €	80 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR									

Garanties Santé Bureaux d'Études

GARANTIES
SUPRA-
CONVENTIONNELLES

Les garanties s'appliquent conformément à la notice valant Conditions Générales. Les garanties incluent les remboursements du Régime obligatoire lorsque celui-ci intervient. Les remboursements s'effectuent dans la limite des frais réellement engagés, les forfaits et plafonds de garanties s'entendent par assuré. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

CONVENTIONNEL+ OPTION 1+ OPTION 2+ OPTION 3+ PREMIUM

OPTIQUE (SUITE)

EQUIPEMENT MIXTE (COMBINAISON DE VERRES ET MONTURES DE CLASSES A ET B)

Se référer aux montants des équipements de la Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du Régime obligatoire) des équipements de la Classe A, pris en charge à hauteur des frais réels.

	CONVENTIONNEL+	OPTION 1+	OPTION 2+	OPTION 3+	PREMIUM
Lentilles prescrites acceptées par le Régime obligatoire y compris lentilles jetables ⁽³⁾	85 € (avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur)	100 € (avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur)	200 € (avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur)	350 € (avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur)	400 € (avec au minimum le remboursement du Ticket Modérateur)
Lentilles prescrites refusées par le Régime obligatoire y compris lentilles jetables ⁽³⁾	85 €	100 €	200 €	350 €	400 €
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil)	600 €	700 €	750 €	1 000 €	1 100 €
Partenariat optique	Des avantages tarifaires chez 2500 opticiens référencés ⁽¹⁰⁾				

PRÉVENTION

MÉDECINE NATURELLE

	CONVENTIONNEL+	OPTION 1+	OPTION 2+	OPTION 3+	PREMIUM
Ostéopathe, diététicien, psychomotricien, psychologue, acupuncteur, tabacologue, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽³⁾	30 € (2 séances / an)	30 € (3 séances / an)	30 € (4 séances / an)	50 € (5 séances / an)	60 € (5 séances / an)

AUTRES

	CONVENTIONNEL+	OPTION 1+	OPTION 2+	OPTION 3+	PREMIUM
Actes de prévention des contrats responsables ⁽¹¹⁾	100 % BR				
Sevrage tabagique ⁽³⁾ (sur présentation d'une facture acquittée)	-	-	50 €	100 €	120 €
Contraception féminine ⁽³⁾ (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	50 €	100 €	120 €
Vaccin anti-grippe ⁽³⁾ (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	Frais réels limite 15 €	Frais réels limite 70 €	Frais réels
Equilibre alimentaire et produits diététiques (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée) ⁽³⁾	-	-	60 €	60 €	60 €
Forfait naissance/adoption ⁽¹²⁾	-	-	100 €	400 €	450 €
Vaccins prescrits non remboursés ⁽³⁾ (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	90 €	100 €	120 €
Ostéodensitométrie osseuse ⁽³⁾ (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	50 €	100 €	120 €
Soins inopinés effectués à l'étranger remboursés par le Régime obligatoire	100 % BR				

Garanties Santé Bureaux d'Études

MODALITÉS

BR (Base de remboursement) : il s'agit du tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime obligatoire) pour calculer sa prise en charge. Un taux de remboursement est appliqué à la BR retenue afin de déterminer le montant à rembourser à l'assuré. Ce taux varie si le praticien est adhérent ou non à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Les garanties exprimées en BR incluent les remboursements du Régime obligatoire. Le montant remboursé peut être inférieur au montant facturé.

Frais réels (FR) : La totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

- (1) Sont uniquement concernés les frais de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie (hors chirurgie esthétique).
- (2) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- (3) Par année civile et par assuré.
- (4) Dispositif « MonPsy » dans la limite de 8 séances par an et par assuré.
- (5) Tels que définis règlementairement. Les équipements auditifs, les frais de prothèses dentaires, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100 % Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente ou des honoraires de facturation fixés pour ce type d'actes :
 - Les équipements auditifs et les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.
 - En optique, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale»
- (6) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.
- (7) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.
- (8) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n°15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.
- (9) Reconstituée sur la base TO90.
- (10) Voir conditions chez nos opticiens référencés.
- (11) Les actes de prévention définis dans l'arrêté du 8/06/2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur
- (12) Forfait doublé en cas de naissances /adoptions multiples.

* Conformément à la loi du 08/08/2014 : la participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge. Les visites, consultations et actes techniques d'imagerie (radiologie) réalisés par des médecins hors parcours de soins pourront donner lieu à des hausses du ticket modérateur et/ou des dépassements d'honoraires que ce contrat ne pourra rembourser.

** Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées « hors Parcours de soins coordonnés » sont prises en charge sur la base de 100% de la Base de remboursement du Régime obligatoire.