OSALYS ATTITUDE OPTION 5

VOTRE GARANTIE AU 1ER JANVIER 2022

Les remboursements complémentaires suivent le parcours d'un contrat "Responsable".

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR), en pourcentage des Frais Réels (FR) ou en pourcentage des Prix Limite de vente (PLV), incluent la prise en charge du régime obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

HOSPITALISATION

Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné	450 % BR
Les **honoraires médicaux et chirurgicaux** des médecins	
- adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM)	450 % BR
- non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM)	200 % BR
Forfait journalier	100 % Forfait
Forfait Actes lourds	100 % Forfait
Hospitalisation à domicile	450 % BR
Chambre particulière non remboursée par la sécurité sociale (par jour, limitée aux frais réels)	100 €
Lit d'accompagnant (par jour, limité aux frais réels) dans la limite de 30 jours Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jpurs par an.	100 €

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris encharge. L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% Santé Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente) ou, en l'absence de convention applicable, par le réglement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation
Soins (Hors 100% santé)	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la sécurité sociale.	450 % BR
Prothèses (Hors 100% santé) **A tarifs limités** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100% santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L,162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente) ou, en l'absence de convention applicable, par le réglement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale	450 % BR dans la limite de100% PLV
A tarifs libres Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale	450 % BR
Limite annuelle: seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite	2 500 €
Orthodontie: orthopédie dento-faciale prise en charge par la sécurité sociale	450 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale, forfait global pour l'ensemble des actes de curetage/surfaçage, greffe gingivale, lambeau, allongement coronaire	500 €
Implantologie dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale limités à 3 par année civile et par bénéficiaire	
- pose de l'implant (phase opératoire)	650 €
- faux moignon implantaire	200 €
Prothèse Fixes non prise en charge par la Sécurité sociale (Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées), forfait par année civile et par bénéficiaire	650 €

SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux : Consultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie, imagerie médicale et visites de généralistes et spécialistes - ayant adhéré au DPTAM	450 % BR
- n'ayant pas adhéré au DPTAM	200 % BR
Analyse et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	450 % BR
Radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale limitée par année civile et par bénéficiaire à	90 €
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux (les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	450 % BR
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de Mise sur le Marche (AMM) de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) dans la limite par année civile et par bénéficiaire de	95 €
Matériel médical : appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables de la sécurité sociale	450 % BR
Prothèses capillaires non prise en charge par la sécurité sociale prescrites par le médécin, par année civile et par bénéficiaire	400 €
Téléconsultation médicale	Voir conditions dans la suite de la notice
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES	
Forfait actes thérapeutiques pour les actes ci-après: - **ostéopathe**, **chiropracteur**, **acupuncteur**, **étiopathe**, **naturopathe**, **phytothérapeute**, **homéopathe**, **hypnothérapeute**, **kinésiothérapeute**, **microkinésithérapeute**, **psychomotricien**, **psychologue**, **psychanalyste, de sophrologue, ergothérapeute**, non prises en charge par la Sécurité sociale ; le praticien doit être inscrit au répertoire d'Automatisation Des Listes (ADELI) ou au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), ou	65 € (max 4 séances)
- **activité physique adaptée** aux affections définies par l'article D.1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant ; l'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, dans la limite par séance, par année civile et par bénéficiaire de	65 € (max 4 séances)
Diététicien, dans la limite par consultation, par année civile et par bénéficiaire	40 € (max 3 séance)
Bilan diététique limité par année civile et par bénéficiaire	120 €
Pédicurie - podologue non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite, par année civile et par bénéficiaire	200 €
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% Santé Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation
Equipements à tarifs libres	
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	900 €
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans *'Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire*	1 650 €
Accessoires, entretien et piles prise en charge par la sécurité sociale	450 % BR
Accessoires, entretien et piles non prise en charge par la sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	110 €

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les garanties et équipements auditifs exprimés en euros intégrent le remboursement du Régime obligatoire. La prise en charge des aides auditives est limitée à 1 700 € par oreille.

AUTRES POSTES	
Frais de transports	100 % BR
Cures thermales (bénéficiaire jusqu'à 70 ans) Frais médicaux, les frais de séjour, et les frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale Les dépassements des médecins non adhérents au DPTAM sont limités à 100% BR	450 % BR
PREVENTION	
Vaccins prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale	100 % FR
Vaccins prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché et non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	350 €
Dépistage du cancer du côlon (Test spetine 9) limité par année civile et par bénéficiaire à	95 €
Dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale limité par année civile et par bénéficiaire à	90 €
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum	450 % BR
Analyses biologiques non prises en charge par la Sécurité sociale, hors bilan génétique limitées par année civile et par bénéficiaire à	90 €
Radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale limitée par année civile et par bénéficiaire à	90 €
Forfait dédié à un **bilan personnalisé de Prévention des cancers et maladies cardiovasculaires**, non pris en charge par la Sécurité sociale, limité par année civile et par bénéficiaire à Ce bilan comprend la prise en charge des examens suivants avec ou sans prescription médicale: échographie abdomino-pelvienne, scanner du poumon, frottis vésical, échographie des vaisseaux de la base du cou et ECG d'effort	75 €
Médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor), dans la limite par année civile et par bénéficiaire de	90 €
OPTIQUE	
Equipements 100% Santé (verres et monture classe A) Cette garantie comprend la prise en charge des verres et montures de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'apparaige pour des verres d'indice de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation
Verres et monture à tarifs libres (classe B)	
Grille optique	OPTI 5
Le montant de la monture est plafonné à	100 €

Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et montures) intègrent le remboursement du Régime obligatoire. En cas d'équipement mixte 100% Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% Santé. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Les **lentilles de contact correctrices** prises en charge ou non par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire). Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur du TM	320 €
Les Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte, par œil, par année civile et par assuré	300 €
La chirurgie réfractive (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser), par œil, par année civile et par assuré	1 250 €
Traitement DMLA par compléments en Oméga 3 non pris en charge par la Sécurité sociale, traitement préscrit, par année civile et par assuré	150 €

Les forfaits exprimés en Euro ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.
Seuls les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).
Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.
Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

DÉFINITIONS

Verres simples
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres très complexes
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptrie

OPTION 5				
Correction	Dans le réseau Optique Itelis, remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à	
	Caractéristique du verre unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	149 €	300 €
Modéré			149 €	300 €
Moyen			160 €	300 €
Élevé			300 €	300 €
Très élevé			300 €	350 €

NIVEAU DE CORRECTION	SPHÈRE OU SPHÈRE + CYLINDRE		CYLINDRE
FAIBLE	Sphère	De - 2 à + 2	0
	Sphère	De - 2 à 0	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De 0 à + 2	Strictement supérieur à 0
MODÉRÉ	Sphère	De - 4 à - 2,25 ou de +2,25 à + 4	0
	Sphère	De - 4 à - 2,25	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De + 2,25 à + 4	Strictement supérieur à 0
MOYEN	Sphère	De - 6 à - 4,25 ou de + 4,25 à + 6	0
	Sphère	De - 6 à - 4,25	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De + 4,25 à + 6	Strictement supérieur à 0
ÉLEVÉ	Sphère	De - 8 à - 6,25 ou de + 6,25 à + 8	0
	Sphère	De - 8 à - 6,25	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De +6,25 à + 8	Strictement supérieur à 0
TRÈS ÉLEVÉ	Sphère	Strictement inférieur à - 8 ou strictement supérieur à + 8	0
	Sphère	De - 8 à 0	Strictement supérieur à + 4
	Sphère	Strictement supérieur à - 8	Strictement supérieur à 0