

FLEXIBILITE SANTE

Tableau des garanties

Les garanties du contrat FLEXIBILITE SANTE décrisées ci-dessous ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables » 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 ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Les actes 100% Santé ne seront pas remboursés sauf si le renfort 100% Santé est choisi. Dans ce cas les garanties du contrat respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables ».

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 «Honoraire Limite de Facturation» (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

Choisissez votre formule de base non responsable et adaptez vos garanties en fonction de vos besoins !

UN RENFORT 100% SANTÉ (dès F1)	UNE OPTION ECO MALIN (dès F2)
<p>> Les actes 100% Santé sont remboursés intégralement Le contrat devient responsable. Les actes des paniers de soins 100% Santé sont intégralement pris en charge.</p>	<p>> -10% sur le tarif en excluant les garanties suivantes Chambre Particulière, Frais Accompagnant, Confort Hospi, Médecine complémentaire, Cures thermales (dont forfait), médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, forfait lentilles.</p>

Les actes 100% Santé ne sont pas remboursés sauf si le Renfort 100% Santé est choisi.

HOSPITALISATION	Age limite : 90 ans						Age limite : 85 ans					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Remboursements limités aux niveaux de la formule F3 pendant les 3 premiers mois					
Honoraires	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	125%	150%	200%	250%	300%	A partir du 4ème mois	400%				
	hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	130%	180%	200%	200%		200%				
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ - Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral						
Frais de séjour												
- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique												
Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral						
Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%						
- en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos												
- en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	100%	100%	100%	100%	100%	100%						
Autres frais :												
- Chambre particulière hospitalisation (minimum 1 nuitée) - limité à 30 jours par an⁽³⁾		40 € /j	60 € /j	80 € /j	100 € /j	120 € /j						
- Chambre particulière rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle - limité à 20 jours par an		30 € /j	50 € /j	60 € /j	70 € /j	80 € /j						
- Chambre particulière ambulatoire (forfait annuel)		30 € /an	40 € /an	50 € /an	60 € /an	100 € /an						
- Frais Accompagnant (Ascendant - Descendant - Collatéraux) - limité à 30 jours par an		10 € /j	10 € /j	10 € /j	20 € /j	20 € /j						
- Confort hospi : TV, Presse, Internet, Téléphone - limité à 30 jours par an		10 € /j	10 € /j	10 € /j	20 € /j	20 € /j						
- Transport du malade	100%	100%	100%	100%	100%	100%						
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	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							Enveloppe de services et aide à domicile de 250 €					
							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							Assistance					
Honoraires médicaux												
- Médecins généralistes et spécialistes ⁽⁴⁾	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	110%	125%	150%	200%	250%	300%					
	hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	105%	130%	160%	180%					
Honoraires médicaux												
- Actes de spécialité												
- Radiologie - Imagerie - Echographie												
- Actes techniques médicaux (ATM)	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	150%	180%	200%					
	hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	105%	130%	160%	180%					
Honoraires paramédicaux												
Analyses et examens de laboratoire												
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%												
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale												
Médecines complémentaires - Consultations non remboursées par la Sécurité sociale												
Acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étiopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues, hypnose thérapeutique, micro-kinésiologue, psychothérapeutes (limité à 40 € par séance)												
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
Forfait cure thermale : dépassement, hébergement, transport		50 € /an	100 € /an	115 € /an	130 € /an	150 € /an						
Matériel médical												
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale												
Prévention : toutes les prestations de prévention couvertes par les Régimes Obligatoires	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					

Le tableau de garantie faisant foi pendant toute la durée de l'adhésion est strictement celui joint aux conditions particulières remises au client après acceptation et enregistrement de sa demande d'adhésion ou de sa demande d'avantag.

F1	F2	F3	F4	F5	F6
----	----	----	----	----	----

Remboursements limités aux niveaux de la formule F3 pendant les 3 premiers mois

OPTIQUE

Monture et verres entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)	Non pris en charge OU remboursé intégralement avec le Renfort 100% Santé					
Montures de Classe B (associées à des verres de Classe A)	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	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 avec verres simples	100%	100 €	125 €	150 €	200 €	275 €
- une monture avec un verre complexe ou très complexe	100%	150 €	175 €	200 €	300 €	350 €
- une monture avec deux verres complexes ou très complexes	100%	225 €	250 €	300 €	450 €	650 €
Lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale		50 € /an	65 € /an	80 € /an	100 € /an	150 € /an
DENTAIRE						
Soins						
- Soins dentaires, orthodontie, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale						
- 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	100%	125%	150%	200%	250%	300%
- 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						
Soins et prothèses 100% Santé*	Non pris en charge OU remboursé intégralement avec le Renfort 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)						
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	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Plafond dentaire sur les prothèses hors 100% Santé (au-delà, remboursement au TM)	pas de plafond	pas de plafond	pas de plafond	1 500 € /an	2 000 € /an	2 500 € /an
AIDES AUDITIVES						
Equipements 100% Santé*	Non pris en charge OU remboursé intégralement avec le Renfort 100% Santé					
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans ^(a)						
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 4 ans	100%	125%	150%	200%	300%	400%
- Piles et accessoires	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ASSISTANCE						
Assistance Mondial Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation				10 consultations /an		Assistance
SERVICES						
Carte Blanche et iSanté : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Réf : EQ8144TGA_04/2024 et EQ8145TGA_04/2024

LEXIQUE

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- Rbt Intégral : Remboursement intégral
- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif
- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

(1) Hors régime local Alsace Moselle

La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), à l'exclusion des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD).

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

(3) La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées n'est pas prise en charge.

(4) La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie est limitée à 6 séances ; à partir de la 7ème seul le ticket modérateur sera remboursé.

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 + Flexibilité Santé) 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.

Kereis Solutions, société par actions simplifiée au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, courtier en assurances inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10 057 441 (www.orias.fr)

Assureur : L'EQUITE | Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Association souscriptrice : AASP (Association des Assurés en Santé et Prévoyance) - Association régie par la loi du 1er juillet 1901 | Saint-Herblain (44800) - 3 rue Victor Schoelcher | Assistance : AWP P&C SA à conseil d'administration au capital de 18 510 562,50 euros - Société d'assurance voyage et d'assistance, entreprise privée régie par le Code des assurances - RCS Bobigny 519 490 080 | Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen. Les prestations d'assistance et de la téléconsultation de la convention 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"