L'ASSURANCE SANTÉ ENTREPRISE,

ACCOMPAGNEZ VOS SALARIÉS POUR MIEUX PRENDRE SOIN DE LEUR SANTÉ

Generali Prévoyance - Santé est une solution conçue pour répondre aux obligations de votre entreprise (ANI), en tenant compte de la réforme 100 % Santé.

L'essentiel

Cette couverture santé :

- **complète les remboursements** de la Sécurité sociale ;
- **est financée au minimum à 50 %** par l'entreprise ;
- **impose un niveau minimum de prestations** (communément appelé « panier de soins ANI ») ;
- **permet d'adapter le niveau de prestations** à des catégories dites « objectives » de salariés ;
- **propose des paniers de soin** avec un reste à charge zéro en adéquation avec la réforme 100 % santé ;
- **est obligatoire** pour tous les salariés.

Des avantages financiers pour l'entreprise

Les cotisations versées par votre entreprise sont **déductibles du bénéfice imposable** au titre des dépenses du personnel selon l'article 39 du Code général des impôts et dans les limites réglementaires.
Elles sont également **exonérées de charges sociales** sous réserve de respecter les conditions fixées à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Une gestion du contrat en ligne et facilitée :

- Un **espace en ligne destiné à votre entreprise** qui permet de gérer les effectifs du personnel en temps réel.
- Un **espace en ligne dédié aux salariés** qui bénéficient de la couverture que vous avez mise en place.

Choisir **Generali Prévoyance - Santé** c'est bénéficier d'une solution souple et évolutive pour vous et vos salariés, en conformité avec les exigences réglementaires.

UNE COUVERTURE

SANTÉ COLLECTIVE ADAPTÉE

Avec Generali, vous offrez à vos salariés une couverture santé collective étendue et adaptée à votre budget.
Une solution simple et efficace.

Un contrat adapté à la taille de votre entreprise :

- Un contrat spécialement prévu pour les entreprises de 1 à 20 salarié(s).
- 6 formules proposées, dont le panier de soins ANI Des remboursements en conformité avec la réforme 100 % santé.
- 2 options possibles, en fonction du nombre de bénéficiaires (uniquement le salarié, ou le salarié et sa famille).
- Pas de délai de carence ni de délai d'attente. Le salarié est immédiatement couvert dès son affiliation au contrat collectif.

Des services pour faciliter le quotidien de vos salariés :

- Pas d'avance de frais sur présentation de la carte tiers payant (dans la limite des garanties souscrites).
- Analyse de devis, mise à disposition d'un garde malade ou d'une aide-ménagère en cas d'hospitalisation prolongée.
- Accès aux réseaux Almérys et Carte blanche : pas d'avance de frais chez plus de 150 000 professionnels de la santé et plus de 10 000 opticiens.

Un contrat complémentaire pour le bien-être de vos salariés :

- Une couverture santé individuelle complémentaire des prestations santé déjà mises en place avec le contrat la Prévoyance - Santé entreprise.
- Une souscription directe par vos salariés qui souhaitent améliorer le niveau de remboursement.
- Un espace client pour chaque salarié avec toutes les informations accompagnées de simulations personnalisées.

UNE OFFRE SANTÉ RENFORCÉE

PAR DES SERVICES D'ASSISTANCE ET DE TÉLÉCONSULTATION

Des services d'assistance au quotidien pour tous vos salariés

En cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée ou en cas d'immobilisation à domicile, vos salariés peuvent bénéficier de prestations d'assistance pour faciliter leur convalescence. L'assistance santé par Europ Assistance peut être mise en place même en cas d'hospitalisation programmée ou après une hospitalisation ambulatoire.

Un service de téléconsultation inclus

Un médecin généraliste d'Europ Assistance répond **24 h/24, 7 j/7**, en moins de 30 minutes ou sur RDV, pour une consultation médicale à distance.
Les avantages :

- Une consultation médicale à distance en cas d'indisponibilité du médecin traitant.
- Un numéro de téléphone unique accessible depuis la France et l'étranger.
- Une solution de confiance qui garantit notamment le respect du secret médical, la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Bon à savoir :

- Le service de téléconsultation n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, il convient de contacter **le SAMU en composant le 15 ou le 112.**
- Le médecin traitant doit être contacté pour le renouvellement d'un traitement chronique ou la délivrance d'un certificat médical.

BARÈMES ET TARIFS

Retrouvez **l'ensemble des barèmes de remboursement et des tarifs en vigueur.**

Comparez facilement **les formules de Generali Prévoyance Santé** en consultant les prestations pour lesquels vos salariés pourraient souhaiter une attention particulière.

ANI (GA_6200, GA_6201)	GE.	GE1	GE2	GE3	GE4	GE5
HOSPITALISATION [1]						
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER [2]						
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
HONORAIRES [3]						
HONORAIRES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (HORS CHIRURGIENS-DENTISTES)						
Facturés par des médecins conventionnés adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Facturés par des médecins conventionnés non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200% BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des médecins non conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des professionnels médicaux non médecins (sages-femmes)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
AUTRES HONORAIRES						
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en sus des frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait sur actes dits "lourds"	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
FRAIS DE SÉJOUR						
Frais de séjour en secteur conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	70 % FR	70 % FR	90 % FR
AUTRES FRAIS						
Hospitalisation à domicile	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour) [6]	Néant	1.5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Chambre particulière en secteur non conventionné (par jour) [6]	Néant	1.5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, par jour)	Néant	20 €	20 €	30 €	30 €	50 €
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation (hors chambre particulière)	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	90 % FR	90 % FR	100 % FR
Transport médical hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS

SOINS COURANTS						
HONORAIRES MÉDICAUX						
CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR MÉDECINS GÉNÉRALISTES						
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS

CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR MÉDECINS SPÉCIALISTES						
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR PROFESSIONNELS MÉDICAUX NON MÉDECINS						
Réalisées par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "soins dentaires"					
ACTES DE SPÉCIALITÉS (K), ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (ATM)						
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "soins dentaires"					
ACTES D'IMAGERIE (ADI), ACTES D'ÉCHOGRAPHIE (ADE)						
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "soins dentaires"					
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux conventionnés, remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité Sociale (y compris actes de prélèvements)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
MÉDICAMENTS						
Médicaments, vaccins, homéopathie, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants, contraceptifs non remboursés par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	Néant	Néant	50 €	75 €	75 €	150 €
Forfait substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité Sociale	Néant	Néant	60 €	80 €	80 €	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	30 €	60 €	80 €	80 €	150 €
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèse orthopédique, capillaire, petit et grand appareillage, autre dispositif médical remboursés par la Sécurité Sociale non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties [7]	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
AUTRES SOINS COURANTS						
Frais de transport non hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait sur actes dits "lourds"	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

OPTIQUE [8]						
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ [9]						
Monture de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés					
Verre de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés					
ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B						
Monture de Classe B (Adulte et Enfant)	50 €	95 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Verre de Classe B (Adulte et Enfant)	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique
LENTILLES DE CONTACT						
Lentilles de contact, y compris jetables, remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS
Lentilles de contact, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS
AUTRES FRAIS						
Chirurgie réfractive (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS /œil dans la limite de 16 % PMSS	12 % PMSS /œil dans la limite de 24 % PMSS	16 % PMSS /œil dans la limite de 32 % PMSS	25 % PMSS /œil dans la limite de 50 % PMSS

DENTAIRE [10]						
SOINS [11]						
Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire et paro-dontologie prises en charge par la Sécurité Sociale, actes techniques médicaux)	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier "Tarifs maîtrisés"	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier "Tarifs libres"	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ [9]						
Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés					
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés					
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés					
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	Jusqu'au 31/12/2020 : 125 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 130 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 300 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 400 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500 % BRSS
	125% BRSS					
Acte de réparation ou supplément de prothèse	Jusqu'au 31/12/2020 : 125 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 130 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 300 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 400 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500 % BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés					
PROTHÈSES [12]						
PANIER AUX "TARIFS MAÎTRISÉS"						
Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
PANIER AUX "TARIFS LIBRES"						
Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Implantologie	125 % BRSS	130 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Orthodontie	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS

SOINS, ÉQUIPEMENTS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCU.SOC.						
Prothèse dentaire et Inlay-core (par acte)	Néant	Néant	6 % PMSS	11 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Parodontologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Implantologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS	12 % PMSS	18 % PMSS	30 % PMSS
Orthodontie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	6 % PMSS	10 % PMSS	14 % PMSS	24 % PMSS

AIDES AUDITIVES [13]						
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ [9]						
Aide auditive de Classe I (Adulte et Enfant)	«Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 150 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 300 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500 % BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés					
AIDE AUDITIVE DE CLASSE II						
Aide auditive de Classe II (Adulte et Enfant)	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 150 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 300 % BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500 % BRSS
(y compris la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur)	A partir du 01/01/2021 : 100 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 100 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 150 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 250 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 300 % BRSS dans la limite de 1700 €	A partir du 01/01/2021 : 500 % BRSS dans la limite de 1700 €
Allocation relative aux piles	Voir garanties «Aide auditive de Classe II»					
Accessoires	Voir garanties «Aide auditive de Classe II»					

MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES						
Séance d'Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Microkinésithérapie, Etiopathie, Phytothérapie, Mésothérapie, Sophrologie non remboursée par la Sécurité Sociale. Consultation de Diététicien, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Ergothérapeute, Homéopathe, Naturopathe non remboursée par la Sécurité Sociale. (Limite par an et par bénéficiaire)	Néant	2 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS

AUTRES PRESTATIONS						
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCU. SOC.						
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	12,5 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
ALLOCATION						
Allocation naissance - adoption (doublée en cas de naissance gemellaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS	25 % PMSS

SERVICES
Tiers payant étendu
Téléconsultation médicale
Téléconsultation médicale
Assistance

SPECIAL ENFANTS						
Pédiatres adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	350% BRSS	100% FR
Pédiatres non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	100% BRSS	180% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Orthophonistes, Orthoptistes	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Consultation diagnostic en diététique (limite par an et par bénéficiare de moins de 12 ans)	Néant	Néant	60 €	75 €	75 €	150 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.
Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.
Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et intègrent le remboursement du régime obligatoire. Elles sont accordées dans la limite des frais réels. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale.
Les montants exprimés en euros représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.
Toutes les prestations exprimées «par an» s'entendent par année d'adhésion.
Les prestations exprimées en %FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement éventuel du Régime Obligatoire.
La participation de l'Assuré (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (y compris pour les frais de cure thermale lorsqu'ils sont pris en charge dans le tableau de remboursement ci-dessus).

- BRSS = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale
- FR = Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagé par l'assuré
- PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie.
Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité Sociale sont compris dans la garantie.
En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux Frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

(2) Lorsque vous relevez du régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par votre régime obligatoire. Pour les maisons de repos et de convalescence, prise en charge du forfait journalier dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.

(3) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(4) Médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.
Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

(5) Médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

(6) En cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) : prise en charge de la chambre particulière et des frais de séjours dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.

(7) Appareil assistance respiratoire, appareil générateur d'aérosol, appareillage ventilation pression positive continue, dispositif médical, implant inerte, implant mu par électricité, matériel et appareil de contention, matériel et appareil de traitement DIV, prothèses extérieures non orthopédiques, prothèses internes et accessoires, prothèses oculaires, véhicule pour handicapés physiques, ...

(8) Le remboursement des frais d'optique est limité à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par bénéficiaire et par période de 2 ans. A titre d'exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lesquels un équipement pourra être remboursé tous les ans. Dans cette dernière hypothèse, une ordonnance sera exigée.

(9) Tels que définis réglementairement.
Le montant des remboursements des soins et équipements 100 % Santé s'applique dans la limite du prix limite de vente sur l'optique et les aides auditives et dans la limite des honoraires limite de facturation pour le dentaire, en vigueur à la date des soins.

(10) Les prothèses afférents au Panier aux «Tarifs maitrisés » et aux «Tarifs libres », l'orthodontie ainsi que les soins non remboursés par la Sécurité Sociale sont limités à 11 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale par année civil.
Cumul ne comprenant pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du 100 % Santé. Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des soins et des équipements prothétiques des paniers aux « Tarifs maîtrisés » et aux « Tarifs libres » (hors 100 % Santé) remboursés par la Sécurité Sociale est de 125 % BRSS.
En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles.
Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.

(11) Si soins réalisés par un stomatologue, voir garanties « Actes de spécialités » dans les Soins Courants.

(12) Equipement remboursés par la Sécurité Sociale, n'appartenant pas à la catégorie 100% Santé.
Le montant des remboursements du panier « Tarifs maîtrisés » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.
Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de 4 ans.

NOUVELLE GRILLE OPTIQUE

	ANI	G1	G2	G3	G4	G5
MYOPIE OU HYPERMETROPIE (VERRE SIMPLE FOYER SPHERIQUE)	**EN EUROS PAR VERRE**					
Sphère de -6,00 à +6,00	25 €	45 €	60 €	80 €	95 €	125 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	75 €	95 €	155 €	220 €	220 €	250 €

ASTIMAGTISME (VERRE SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUE)	**EN EUROS PAR VERRE**					
SPHÈRE < 0 (CAS DE MYOPIE)						
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	25 €	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00	75 €	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0						
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00						
SPHÈRE > 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)						
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00 (1)	25 €	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00 (1)	75 €	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €

PRESBYTIE (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES)	**EN EUROS PAR VERRE**					
Sphère de -4,00 à +4,00	75 €	80 €	95 €	110 €	140 €	185 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	75 €	185 €	280 €	310 €	310 €	350 €

PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES) QUELLE QUE SOIT LA PUISSANCE DU CYLINDRE	**EN EUROS PAR VERRE**					
SPHÈRE < 0 (CAS DE MYOPIE)						
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0	75 €	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à +0	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
SPHÈRE > 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)						
Somme sphère+cylindre inférieure ou égale à +8,00 (1)	75 €	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Somme sphère+cylindre supérieure à +8,00 (1)	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €

(1) La correction optique correspond à la correction optique maximale en valeur absolue, à savoir :
- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphériques
- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphéro-cylindriques de sphère négative (correcteur de myopie)
- la somme S = sphère + cylindre pour les verres sphéro-cylindriques de sphère positive (correcteur d'hypermétropie)

Niveau 1 =]0;2[, Niveau 2 = [2;4[, Niveau 3 = [4;6[, Niveau 4 = [6;8[, Niveau 5 = [8;12[, Niveau 6 = ≥12

Nous mettons également à disposition des offres prévoyance dédiées à certaines conventions collectives :

Régime conventionnel et amélioré
• Agence d'assurance ; • Courtage ; • Experts comptables ;• Bureaux d'études techniques / Syntec.

Régime conventionnel
• Commerces de gros.

Et aussi des offres santé dédiées :

Régime Conventionnel
• Services de l'automobile ; • Bureaux d'études techniques / Syntec ; • Hôtels, Cafés, Restaurants (HCR) ; • Agences d'assurances (Salariés)

Et une offre spécifique : • Offre Santé Métallurgie

GVM157PQA - Mars 2022 - Crédit photo : Getty Images - Studio Graphique