

Le contrat SANTE+ permet d'améliorer vos remboursements

Il ne peut être souscrit qu'en complément des adhésions au régime socle obligatoire et au régime optionnel facultatif.

Les prestations indiquées ne peuvent excéder les frais réellement engagés.

Elles sont limitées à la différence entre les frais exposés et les remboursements déjà effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé et par le régime socle obligatoire et le régime optionnel surcomplémentaire.

En complément des prestations versées par la Sécurité sociale	SANTE+ Sous déduction du régime socle et de l'option 1
HOSPITALISATION (y compris maternité)	
Honoraires, actes et soins	
Médecins du secteur 1 ou 2 adhérents DPTAM	100 % du TM + 480 % de la BR
Médecins non adhérents DPTAM conventionné ou non	100 % du TM + 480 % de la BR
Forfait Actes Lourds	Frais Réels
Frais de séjour (Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale)	100 % du TM + 480 % de la BR
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels
Forfait patient urgences (Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation)	Frais Réels
Chambre particulière avec nuitée (Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention).	80 € /jour
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie (Hors box d'hospitalisation)	-
Frais d'accompagnement (Hors ambulatoire.Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.)	2 % du PMSS / jour d'hospitalisation
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites généralistes	
Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 270 % de la BR
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 270 % de la BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 270 % de la BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 270 % de la BR
Honoraires paramédicaux	
Sages-femmes (si BR 70%)	100 % du TM + 270 % de la BR
Sages-femmes (si BR 60%)	100 % du TM + 260 % de la BR
Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	100 % du TM + 360 % de la BR
Analyses & Examens de laboratoires (Pris en charge par la Sécurité sociale)	100 % du TM + 360 % de la BR
Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler)	
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 370 % de la BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 370 % de la BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie	
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 370 % de la BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 370 % de la BR
Participation du patient	Frais Réels
Médicaments remboursés par la SS	100 % du TM
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	100 % du TM + 560 % de la BR
Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'A.M.O.	600% de la BR.
Transports	
Transports prescrits et remboursés par la SS	100 % du TM + 365 % de la BR
DENTAIRE	
Plafond dentaire par an par bénéficiaire (hors soins et prothèses "100 % Santé") Au-delà du forfait prise en charge du TM + 25 % de la BR pour les prothèses dentaires remboursées par la SS	Plafond global de remboursement de 100% du PMSS pour les actes dentaires définis ci-dessous
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % du TM + 170 % de la BR
Orthodontie remboursée par la SS	100% du TM + 300 % de la BR
Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » ⁽¹⁾	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Prothèses (hors 100% Santé) (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)	
Panier à honoraires maîtrisés ⁽²⁾ (Dans la limite des honoraires limites de facturation)	
Inlays onlays	100 % du TM + 440 % de la BR
Inlays cores	100 % du TM + 170 % de la BR
Autres prothèses remboursés par la SS	100 % du TM + 440 % de la BR
Panier à honoraires libres ⁽³⁾	
Inlays onlays	100 % du TM + 440 % de la BR
Inlays cores	100 % du TM + 170 % de la BR
Autres prothèses remboursés par la SS	100 % du TM + 440 % de la BR
Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale	
Orthodontie non remboursée par la SS	300 % de la BRR (y compris adulte)
Implants (pose de l'implant)	610 € / implant limité à 3 / an / bénéficiaire
Faux moignons implantaires	200 € / racine limité à 3 / an / bénéficiaire
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	250 €
Actes prothétiques (couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées/vivantes)	505,25 € / acte
<i>(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF). Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF. À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.</i>	
<i>(2) 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. Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF.</i>	
<i>(3) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités</i>	
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans de date à date	
Équipements « 100 % santé » ⁽¹⁾ de classe I	
Équipements « hors 100% Santé » de classe II - Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	100% PLV (SS + complémentaire santé)
Équipements « hors 100% Santé » de classe II - Aides auditives plus de 20 ans	560% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	560% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
	100% TM
<i>(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale</i>	
MATERNITE	
MATERNITE - ADOPTION - Forfait versé une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption et de justificatifs de dépenses	17,5% du PMSS
PRÉVENTION, BIEN ÊTRE	
Actes de prévention	OUI
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE - Ostéopathie (Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL)	35 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire
Cures Thermales remboursées par la SS - Forfait (soins, transport, hébergement) Pour le transport et l'hébergement non remboursés par la SS, versé sur présentation de justificatifs de dépenses	30 % du PMSS / an /bénéficiaire