

Tourisme Social et Familial



BRANCHE DU TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL - Garanties frais de santé

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :			REGIME SOCLE Adhésion obligatoire	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE (y compris les garanties du socle) Adhésion obligatoire ou facultative
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % BR	100 % FR
		En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
	Forfait journalier hospitalier (2)	Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (3)	Non remboursé par la Sécurité sociale - y compris maternité - par nuité ou par jour	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
	Lit d'accompagnant (3)	Non remboursé par la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuité	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée	
DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**		sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
		Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	280 % BR
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge	100 € / an
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350% BR
		Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par acte, limité à 3 actes / par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge	120 € /acte
Implantologie	Implant + pilier implantaire - Par implant ; maximum 3 implants / an / bénéficiaire	300 €	400 €	
Orthodontie (4)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	230 % BR	300 % BR	
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	
OPTIQUE (9) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres)	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (8)	sans reste à payer (8)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	par verre simple - par bénéficiaire	70 €	90 €
		par verre complexe - par bénéficiaire	150 €	180 €
		par verre très complexe - par bénéficiaire	200 €	250 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	70 €	90 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	50 €	70 €
	Prestation d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien		100 % BR	100 % BR
	Suppléments pour les équipements de classe B		100 % BR	100 % BR
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (5)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (5)	100 €	150 €	
Chirurgie optique réfractive	Par œil / an / bénéficiaire	Pas de prise en charge	300 €	

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :		REGIME SOCLE Adhésion obligatoire	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE (y compris les garanties du socle) Adhésion obligatoire ou facultative	
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT	Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer (8)	sans reste à payer (8)	
par oreille	Équipement autre que 100 % Santé (classe II****) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 300€/oreille/bénéficiaire	
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	Généraliste : 150% BR Spécialiste : 180 % BR	Généraliste : 180% BR Spécialiste : 220 % BR
	Chez un généraliste ou spécialiste	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	Généraliste : 130% BR Spécialiste : 160 % BR	Généraliste : 160% BR Spécialiste : 200 % BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	180 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR
	Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	150 % BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	210 % BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)	100 % BR	150 % BR
		Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR
	Cures thermales	Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel - pour cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale - Par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge	100 €
	Médicaments		100 % BR	100 % BR
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Médecine douce (Ostéopathe, homéopathe, chiropracteur) - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	25 €	35 €
	Non remboursée par la Sécurité sociale			

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(5) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(9) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.