

TABLEAU DES GARANTIES - GAMME CR

SANTÉ ENTREPRISE



ADEP SANTE ENTREPRISE

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SAN/PRO À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent, sauf mention contraire dans le tableau, celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés.

VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS	RO* en % de la BR	CR200	CR250	CR300	CR350
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)					
- Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% Du forfait en vigueur	100% Du forfait en vigueur	100% Du forfait en vigueur	100% Du forfait en vigueur
- Franchise sur actes lourds	Néant	100% Du forfait en vigueur	100% Du forfait en vigueur	100% Du forfait en vigueur	100% Du forfait en vigueur
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	200% BR**	220% de la BR**	220% de la BR**	220% de la BR**
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - hors DPTAM*	80% ou 100% (1)	180% BR**	200% BR**	200% BR**	200% BR**
- Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
- Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	50€/jour (maxi 75 jours/an***)	60€/jour (maxi 90 jours/an***)	70€/jour (maxi 180 jours/an***)	80€/jour (maxi 180 jours/an***)
- Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	Néant	15€/ nuit	20€/ nuit	25€/ nuit	30€/ nuit
- Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO	65%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
2 - SOINS COURANTS					
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	200% BR**	250% BR**	300% BR**	350% BR**
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	180% BR**	200% BR**	200% BR**	200% BR**
- Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	200% BR**	250% BR**	300% BR**	350% BR**
- Analyse et examens de laboratoire	60%	200% BR**	250% BR**	300% BR**	350% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	200% BR**	250% BR**	300% BR**	350% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	180% BR**	200% BR**	200% BR**	200% BR**
- Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO	Entre 15% et 65%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
- Médicaments et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant	Néant	300€ maxi par an*** par contrat	300€ maxi par an par contrat	300€ maxi par an par contrat	300€ maxi par an par contrat
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étiothérapie : maximum 2 séances par an*** par personne	Néant	50€ (maxi la séance)	55€ (maxi la séance)	60€ (maxi la séance)	60€ (maxi la séance)
- Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	125% BR**	125% BR**	150% BR**	175% BR**
3 - OPTIQUE- Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO(*) et Ticket Modérateur inclus					
Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, à compter de la dernière acquisition, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information (2)					
- Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3)			
- Forfait équipement avec 2 verres simples - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	420 €	420 €	420 €
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	450 €	550 €	550 €
- Forfait équipement avec 2 verres complexes - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	450 €	600 €	700 €
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	450 €	600 €	610 €
- Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	450 €	600 €	700 €
- Forfait équipement avec 2 verres très complexes - dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	450 €	600 €	750 €
- Forfait lentille annuel remboursés ou non par le RO	60%	200 €/an	250 €/an	300 €/an	350 €/an
- Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an***	Néant	250 €	300 €	350 €	400 €
4 - DENTAIRE					
- Soins et prothèses 100% santé - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge à compter du 1er janvier 2020 (4)	70%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des honoraires limites de facturation (4)			
- Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	200% BR**	250% BR**	300% BR**	350% BR**
- Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	200% BR** maxi 400€/an*** par dent, ou 100% BR si ce montant est supérieur	250% BR** maxi 400€/an*** par dent, ou 100% BR si ce montant est supérieur	300% BR** maxi 500€/an*** par dent, ou 100% BR si ce montant est supérieur	350% BR** maxi 500€/an*** par dent, ou 100% BR si ce montant est supérieur
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	200€ an***/dent	250€ an***/dent	300€ an***/dent	300€ an***/dent
- Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% (1)	200% BR**	250% BR**	300% BR**	350% BR**
- Parodontologie, implantologie non pris en charge par le RO (*) (maxi par an*** et par personne)	Néant	400 €	500 €	550 €	600 €

5 - AIDES AUDITIVES					
Remboursement tlimité à compter du 1/01/2021 à uen aide auditive tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (3)					
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6)			
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO (*) inclus	60%	125% BR**	125% BR**	150% BR**	175% BR**
- Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
6 - CURE THERMALE					
- Forfait surveillance médicale	70%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
- Forfait cure thermale	65%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
- Forfait thermal (soins non pris en charge, hébergement, transport...) par an** et par personne	Néant	200 €	250 €	300 €	350 €
7 - AUTRES PRESTATIONS					
- Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant, dans un délai de 3 mois suivant la naissance	Néant	200 €	250 €	300 €	350 €
- Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint, dans un délai de 3 mois après le mariage	Néant	200 €	250 €	300 €	350 €
- Indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (dans un délai maximum de 3 mois après survenance du décès)	Néant	1 500 €	1 500 €	2 000 €	2 000 €
- Protection Juridique ADEP SANTÉ par l'intermédiaire de CFPD Assurances	Néant	inclus	inclus	inclus	inclus
- Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	inclus	inclus	inclus	inclus
- Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	Néant	inclus	inclus	inclus	inclus
- Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	Néant	inclus	inclus	inclus	inclus
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable					
- Détartrage annuel***					
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans					
- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans					
- Dépistage de l'hépatite B					
- Vaccinations seules ou combinées : vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; BCG, avant 6 ans ; hépatite B, avant 14 ans ; coqueluche, avant 14 ans ; rubéole pour les adolescentes q non immunisées désirant un enfant ; diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge					
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans					
- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie					

* **RO** : régime obligatoire, **FR** : frais réels, **DPTAM** : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurghiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **** BR** : Base de remboursement ***** par an** s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat. Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant : limité à 200€ l'acte / Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant : limité à 250€ l'acte

(1) selon la nature des soins ou prestations, (2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018. «(3) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé. Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-10-NI-ADEP SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).» «(4) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des honoraires limites de facturation. Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle des soins, prothèses et actes d'implantologie faisant l'objet d'une prise en charge par le R.O. s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-10-NI-ADEP SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction de l'acte réalisé.» (5) dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. «(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018). Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-10-NI-ADEP SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties.» (7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018. «Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1er janvier 2019 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le tableau, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.»