

LES DIFFÉRENTES FORMULES



Des contrats responsables pour une couverture 100% santé.

Tous nos contrats sont des contrats responsables, cela signifie que toutes nos formules ont une garantie 100% Santé, et cela dès le premier niveau de protection. Vous pourrez ainsi bénéficier d'une couverture sans reste à charge, remboursant intégralement l'optique (verres et montures), les prothèses dentaires et les aides auditives.


GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
-----------	-------------------------


Les prestations s'entendent y compris celles versées par la Sécurité sociale


SOINS COURANTS		Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Honoraires médicaux						
Consultations - Visites (Généralistes - Spécialistes)	DPTM	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	HORS DPTM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Consultation d'un médecin expert (1)		80€/an	120€/an	140€/an	180€/an	192€/an
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	HORS DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie (ADC) - Actes d'anesthésie (ADA)	DPTM	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	HORS DPTM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Imagerie médicale : Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE)	DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	HORS DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale		100€/an	125€/an	125€/an	150€/an	150€/an
Honoraires paramédicaux (Auxiliaires médicaux)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses médicales et examens de laboratoires		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% TFR	100% TFR	100% TFR	100% TFR	100% TFR
Matériel médical figurant sur la liste LPPR						
Prothèses médicales dont Orthopédie		125% BR	150% BR	175% BR	225% BR	275% BR
Grand appareillage (fauteuil roulant,...)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins à l'étranger		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR


PREVENTION	Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge de la présente garantie et au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur					
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, sur prescription médicale	80€/an	110€/an	125€/an	150€/an	160€/an
Pédicures, podologues, médecines douces (2)	80€/an	100€/an	140€/an	160€/an	200€/an
Nutritionniste, Diététicien	80€/an	80€/an	80€/an	80€/an	80€/an


HOSPITALISATION MEDICALE - CHIRURGICALE - MATERNITE	Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux)	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Honoraires	DPTM	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	HORS DPTM	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière en médecine et chirurgie (hors ambulatoire)	25€/jour 10 jours/an	35€/jour 30 jours/an	45€/jour 30 jours/an	55€/jour 30 jours/an	65€/jour 30 jours/an
Frais d'accompagnant (nuitée en milieu hospitalier ou foyer « accueil famille »)	45€/jour 30 jours/an	45€/jour 30 jours/an	45€/jour 30 jours/an	45€/jour 30 jours/an	45€/jour 30 jours/an

 DENTAIRE		Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Soins et prothèses « 100% santé » *		Prise en charge intégrale dans la limite des HLF				
Soins et prothèses «tarifs maîtrisés» et « tarifs libres»		Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé				
Soins						
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	DPTM	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	HORS DPTM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Inlay-Onlay		150% BR	175% BR	275% BR	325% BR	350% BR
Prothèses						
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris couronne sur implant)		150% BR	175% BR	275% BR	325% BR	350% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale		50€/an	75€/an	175€/an	225€/an	250€/an
Orthodontie						
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		150% BR	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		150% BRR	175% BRR	200% BRR	250% BRR	300% BRR

 OPTIQUE - POSTE LIMITÉ À UN ÉQUIPEMENT (1 MONTURE + 2 VERRES) TOUS LES 2 ANS (3)		Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Équipement «100% santé» (verres et monture de classe A) *		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV				
Équipement à tarifs libres (verres et monture de classe B) *		LES FORAITS CI-DESSOUS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE				
Forfait équipement (verres et monture - solaire exclue)		200€ dont 100€ maximum pour la monture	225€ dont 100€ maximum pour la monture	275€ dont 100€ maximum pour la monture	375€ dont 100€ maximum pour la monture	420€ dont 100€ maximum pour la monture
Équipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)		Prise en charge selon les forfaits définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale		100€/oeil	110€/oeil	125€/oeil	225€/oeil	325€/oeil

 AIDES AUDITIVES - POSTE LIMITÉ À UN ÉQUIPEMENT PAR OREILLE TOUS LES 4 ANS (4)		Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Équipement «100 % santé»(classe I)*		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV				
Équipement à tarifs libres (classe II) :		LE FORAITS CI-DESSOUS S'ENTEND Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE				
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale, dans la limite de 1700€/oreille		100% BR + 100€	100% BR + 150€	100% BR + 325€	100% BR + 750€	100% BR + 1050€
Entretien appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale		125% BR + 10€/an	150% BR + 15€/an	175% BR + 20€/an	225% BR + 25€/an	275% BR + 30€/an

 CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (5)		Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Frais d'établissement thermal, Surveillance médicale, Transport, Hébergement		100% BR + 50€/cure	100% BR + 75€/cure	100% BR + 175€/cure	100% BR + 225€/cure	100% BR + 275€/cure

 DIVERS		Confort	Confiance	Tranquillité	Sérénité	Plénitude
Transport remboursé par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Transport non remboursé par la Sécurité sociale		100€/an	160€/an	185€/an	210€/an	220€/an
Forfait actes «lourds»		Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Tiers payant		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Réseau de soins Itélis		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Grille de prestations au 1er janvier 2022

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

LE REMBOURSEMENT TOTAL (Sécurité sociale + mutuelle(s)) EST LIMITE AUX FRAIS REELS ENGAGES.

NOTES ET REPORTS :

* tels que définis réglementairement.

Les prestations Hors DPTM sont exprimées dans le respect des limites du contrat responsable. Les frais non pris en charge par la Sécurité sociale ou considérés hors nomenclature par le régime obligatoire d'assurance maladie ou non-inscrits à la classification commune des actes médicaux **ne donnent lieu à aucun remboursement**, sauf ceux pour lesquels une prestation est **expressément** définie dans le tableau de garantie ci-dessus.

(1) Consultation d'un médecin expert en cas de renouvellement de la mesure non justifié par une demande expresse du Juge (par an).

Consultation d'un médecin expert inscrit sur la liste du Procureur de la République en cas de placement sous protection / Aggravation de la mesure / demande expresse du juge des tutelles (par an).

(2) Médecines douces : ostéopathes (détenteur d'un n°ADELI), chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs, ergothérapeutes dès lors qu'ils sont dispensés par des professionnels de santé au sens du code de la Santé Publique.

(3) Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'Article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est à dire la date de soins retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes. La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits précités) et ceux présentant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipements de corrections différentes à porter en alternance). Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement. Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation. Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appairage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu'il n'existe pas de PLV.

(4) Limité à la prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Cette limite s'apprécie à compter de la date de délivrance de l'aide auditive précédente, c'est à dire la date de facturation de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(5) Dans la limite des frais réels et sur présentation des justificatifs de dépenses.

LEXIQUE :

FR : Frais Réels

BR(R) : Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

TM : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse

TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale

TA : Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné

LPPR : Liste des Produits et des Prestations Remboursables

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de l'événement

DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO)

CAS : Contrat d'accès aux soins

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie Obstétrique

HLF : Honoraires limites de facturation

PLV : Prix limites de vente

Les bases de remboursements et Tarifs de Convention de la Sécurité sociale sont consultables sur le site internet de l'Assurance maladie www.ameli.fr, rubrique Assurés, onglet remboursements.

RÈGLEMENTATION :

Sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis par la grille :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur.
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.
- Les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 3° du Code de la Sécurité sociale.
- Les aides auditives dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 4° du Code de la Sécurité sociale.
- Les frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation et les équipements optique et auditifs dans la limite des prix de vente définis dans le cadre de la réforme 100% Santé.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 € / boîte de médicaments / acte d'auxiliaires médicaux, 2 € / transport).

CONTACTEZ NOUS :

Tél : 02.78.94.74.61.
contact@seniora-sante.fr.

Vous serez mis directement en relation avec l'un de nos conseillers en Normandie.

Ligne dédiée (numéro non surtaxé)
Nous sommes ouverts de 9 h à 18 h
sans interruption du lundi au vendredi.

PLUS D'INFORMATIONS :

WWW.SENIORA-SANTE.FR

Obtenez votre étude personnalisée en ligne !

Répondez à quelques questions afin de définir vos besoins et obtenez directement le tarif pour votre complémentaire santé personnalisée.