

TABLEAU DES GARANTIES ACTISAN

Les niveaux de garanties exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent et incluent les éventuels remboursements du Régime obligatoire.

	ACCESS	MEDIUM	MEDIANE	MEDIANE+	INTEGRALE	INTEGRALE+
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE) ⁽¹⁾						
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	160 %	150 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	Néant	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	Néant	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Lit d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30 j / an	Néant	10 € / jour	10 € / jour	20 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE ⁽²⁾						
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
DENTAIRE ⁽³⁾						
Soins et Prothèses dans le cadre du 100 % Santé * (a)						
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à prise en charge renforcée)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Actes prothétiques hors cadre du 100 % Santé * ((Panier libre & maîtrisé)						
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O.	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O. à partir de la 3ème année	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %	250 %
Bonus fidélité dentaire dès 25 mois = +100€ et dès 49 mois = +100€ (bonus non cumulables)		Bonus		Bonus	Bonus	
Prothèse Dentaire ou Orthodontie non remboursées par an	Néant	125 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Implantologie ou Parodontologie ou Prophylaxie ou Endodontie	Néant	125 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Plafond annuel de remboursement année 1	Néant	Néant	Néant	Néant	700 €	700 €
Plafond annuel de remboursement année 2 et 3	Néant	Néant	Néant	Néant	1 000 €	1.000 €
Bonus fidélité sur prothèses dentaires & implantologie année 2 & 3		+ 25 € Par an et par assuré	+ 25 € Par an et par assuré	+ 25 € Par an et par assuré		
OPTIQUE ⁽⁴⁾						
Equipements 100% santé* (a) :						
"Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A"	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100% santé* (Classe B - Panier libre) :						
Equipement optique (composé d'une monture et de 2 verres)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Equipement complet (monture limitée à 100 € + 2 verres)						
- 1 monture +2 verres simples	100 %	110 €	125 €	125 €	150 €	150 €
- 1 monture +avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	150 €	200 €	200 €	230 €	230 €
- 1 monture +avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 %	125 €	150 €	150 €	175 €	175 €
Bonus fidélité optique dès 25 mois + 50€		Bonus		Bonus	Bonus	
Matériel amblyopie	100 %	100 %	100 %	100 %	200 %	200 %
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 % +50 €	100 % +50 €	100 % +50 €	100 % +75 €	100 % +75 €

Contrat géré par ECA-Assurances, 92-98 Boulevard Victor Hugo BP 83 92115 Clichy Cedex. SAS au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Société immatriculée à l'Orias sous le N°07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon l'article L.521-2 du code des assurances). Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par www.orias.fr. Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ; RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances.

TABLEAU DES GARANTIES ACTISAN

Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	30 €	30 €	30 €	50 €	50 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	100 €	125 €	125 €	150 €	150 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS ⁽⁵⁾						
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes OPTAM et OPTAM-CO	100 %	125 %	125 %	125 %	160 %	150 %
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie OPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM) OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
Actes techniques médicaux (ATM) Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %	105 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %	105 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %	105 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
SOINS A L'ETRANGER	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
PHARMACIE ⁽⁶⁾						
Pharmacie y compris sevrage tabagique remboursée par le R.O.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie à 65%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie à 30%	0 %	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie à 15%	0 %	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée par le R.O.	Néant	30 €	50 €	50 €	50 €	75 €
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE ⁽⁷⁾						
Equipements 100 % santé* (a)						
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à remboursement renforcé) -Renouvellement tous les quatre ans (d)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100 % santé*						
Prothèses orthopédiques et aides auditives	100 %	100 %	100 % + 50 € / an	100 % + 50 € / an	100 % + 75 € / an	100 % + 75 € / an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
FORFAIT MATERNITE (multiplié par deux si naissance multiple) (Délai de carence 9 mois)	Néant	50 €	50 €	50 €	100 €	100 €
CURES THERMALES ⁽⁸⁾	100 %	100 %	100 € +125 %	100 € +125 %	100 € +150 %	100 € +150 %
MEDECINES DOUCES ⁽⁹⁾	Néant	20 € par séance limitée à 3 / an	Néant	Néant	30 € par séance limitée à 3 / an	30 € par séance limitée à 3 / an
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Lexique :

Base de Remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : sont des conventions signées entre les médecins du secteur 2 ainsi que certains médecins du secteur 1 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires et l'assurance maladie. Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires. La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur www.ameli-direct.fr

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Régime Obligatoire (RO) : Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

Transport du malade : Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

TABLEAU DES GARANTIES ACTISAN

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur. **En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements :**

- à compter du 1er janvier 2020, les soins prothétiques dentaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % santé » sont intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.
- Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- à compter du 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

*** REFORME 100 % SANTE :** Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

(1) HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)

- Les garanties exprimées hors frais réels sont limitées à 100% de la Base de Remboursement (BR) pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(2) HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE

- Hospitalisation de jour ou Secteur spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

- Les garanties exprimées hors frais réels sont limitées à 100% de la Base de Remboursement (BR) pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(3) DENTAIRE

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

- Soins et Prothèses dentaires classe 1 : Les frais de prothèses exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% Santé » sont intégralement pris en charge après remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires »
- Soins et Prothèses classe 2 ou 3 : les frais de prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale. Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.
- Soins et Prothèses classe 2 ou 3 / Intégrale et Intégrale + : Une fois le plafond consommé, la prise en charge s'effectue à hauteur du ticket modérateur.
- Bonus Fidélité dès 25ème ou 49ème mois : Votre bonus fidélité viendra s'ajouter à votre formule de base en fonction de la formule souscrite. Les bonus sont valides lorsque les garanties sont identiques, le délai repart donc de zéro en cas de changement de formule. Ils ne sont pas renouvelables.

(4) OPTIQUE

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

Forfaits en complément de l'AMO : Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale . Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

- Bonus Fidélité dès le 25ème : Votre bonus fidélité viendra s'ajouter à votre formule de base en fonction de la formule souscrite. Les bonus sont valides lorsque les garanties sont identiques, le délai repart donc de zéro en cas de changement de formule. Ils ne sont pas renouvelables.
- Équipement classe B : Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat
- Chirurgie optique réfractive et lentilles prescrites non remboursées par l'AMO : Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(5) HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS

- Pour tous les soins courants : Les garanties sont limitées à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(6) PHARMACIE

- Pharmacie non remboursée par le R.O : Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(7) APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

- Équipements hors 100 % santé* : Limitation de 100% BR les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(8) CURES THERMALES

- Après deux ans d'adhésion au contrat, le plafond passe de 3 à 5 séances par an. Limitation de 100% BR les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

(9) MEDECINES DOUCES

- Les soins couverts selon les professions suivantes : Diététicien, Psychomotricien, Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapeutes, Nutritionnistes. Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

Contrat géré par ECA-Assurances, 92-98 Boulevard Victor Hugo BP 83 92115 Clichy Cedex. SAS au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Société immatriculée à l'Orias sous le N°07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon l'article L.521-2 du code des assurances). Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par www.orias.fr. Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ; RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances.