

TABLEAU COMPLET DES GARANTIES DU RÉGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ RÉGIME GÉNÉRAL

GARANTIES 2019 COMPLÉTANT CELLES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LIMITÉES AUX FRAIS RÉELS

		SÉCURITÉ SOCIALE		RPCS	RENFORT 1	RENFORT 2	RENFORT 3	RENFORT 4	RENFORT 5	
SOINS COURANTS (1)										
Consultations et visites généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux (petite chirurgie...) Radiologie et actes d'imagerie	OPTAM	70 %	+	80 %	100 %	150 %	250 %	300 %	300 %	
	Hors OPTAM		+	60 %	80 %	100 %	100 %	100 %		
Actes d'analyse et de biologie		60 %	+	80 %	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)										
Petit appareillage (minerve, bas de contention, attelle...)		65 %	+			80 %			80 %	
Transport médical, accepté par la Sécurité sociale		65 % / 30 % / 15 %	+			100 % TM			100 % TM	
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale										
HOSPITALISATION (2) (y compris maternité)										
Frais de séjour		80 % / 100 %	+	150 %	200 %	300 %	400 %	500 %	500 %	
Honoraires	OPTAM	80 % / 100 %	+	150 %	200 %	300 %	400 %	500 %	500 %	
	Hors OPTAM		+	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
Forfait journalier		Néant		Remboursement intégral						
Chambre particulière, par jour		Néant		35 €	50 €	70 €	100 €	130 €	150 €	
Frais lit d'accompagnant, par jour		Néant		20 €	25 €	30 €	50 €	80 €	80 €	
OPTIQUE 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes, tous les ans pour les mineurs (3)										
Verre enfant (moins de 18 ans), par verre		60 %	+	500 %	600 %	700 %	800 %	1 000 %	1 200 %	
Verre adulte, par verre			+	1 000 %	1 500 %	2 000 %	2 500 %	3 000 %	4 000 %	
Plafond pour 2 verres par type de verres, 2 verres par an et par enfant, tous les 2 ans par adulte		Néant		Voir plafonds verres ci-contre						800 €
Plafond pour 1 monture, par an et par enfant, tous les 2 ans par adulte		60 %	+	120 €	130 €	140 €	150 €	150 €	230 €	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par an, par bénéficiaire		60 %	+	130 €	160 €	200 €	270 €	320 €	350 €	
Chirurgie correctrice de l'œil, par an et par œil		Néant		130 €	180 €	230 €	300 €	400 €	400 €	
DENTAIRE										
Soins dentaires		70 %	+	100 % TM	100 %	150 %	250 %	300 %	300 %	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		70 %	+	200 %	250 %	300 %	400 %	450 %	500 %	
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (hors implants), par acte		Néant		107,50 €	215 €	268,75 €	376,25 €	430 €	430 €	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 %	+	100 %	200 %	250 %	300 %	450 %	500 %	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, par acte		Néant		96,75 €	290,25 €	387 €	580,50 €	774 €	774 €	
Implantologie (forfait par implant, 2 implants par an et par bénéficiaire)		Néant			150 €	300 €	600 €	800 €	1 000 €	
Parodontologie (forfait annuel)		Néant				100 €	200 €	300 €	400 €	
AUTRES PROTHÈSES										
Prothèses auditives		60 %	+	200 %	200 %	250 %	300 %	300 %	350 %	
Prothèses autres que dentaires et auditives			+	80 %	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %	
Grand appareillage		100 %	+	80 %	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %	
ACTES DE PRÉVENTION (4)										
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum			+	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %	300 %	
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans	OPTAM	70 %	+	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %	300 %	
	Hors OPTAM		+	80 %	80 %	100 %	100 %	100 %		
LES PLUS										
Cures thermales, acceptées par la Sécurité sociale (y compris transport et hébergement)		Sous conditions	+	100 % TM	100 % TM	100 % TM	130 % TM	200 % TM	200 % TM	
Maternité (naissance ou adoption), pour tout enfant du salarié ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin				250 €	250 €	300 €	350 €	400 €	400 €	
Forfait bien-être (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, pharmacie et vaccins prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale, pédicure et podologie non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire)		Néant		100 €	120 €	140 €	160 €	180 €	200 €	

Sauf indication contraire, les prestations exprimées en % se calculent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale.

TM : Ticket Modérateur
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

PLAFONDS VERRES

Type de verres	Enfant
2 simples	320 €
1 simple + 1 complexe	460 €
2 complexes	600 €

Type de verres	Adulte
2 simples	320 €
1 simple + 1 complexe	460 €
1 simple + 1 très complexe	510 €
2 complexes	600 €
1 complexe + 1 très complexe	650 €
2 très complexes	700 €

(1) Praticiens en secteur non conventionné : prise en charge limitée au ticket modérateur.

(2) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée au ticket modérateur.

(3) Pour les adultes cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les périodes d'un an et deux ans sont fixes et s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Les plafonds verres et monture s'entendent dans la limite des frais réels.

(4) Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006. Actes remboursés énumérés à l'art. 1^{er}-5 de l'arrêté du 8 juin 2006.



Assurance Complémentaire Santé

Contrat Renfort individuel



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : IRP AUTO Prévoyance - Santé, Institution de prévoyance régie par le code la Sécurité sociale (agrée sous le numéro 958)

Produit : Renfort individuel au Régime Professionnel de santé des services de l'Automobile (article 1.26 a), b) et c) de la C.C.N des Services de l'Automobile du 15 janvier 1981)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties joint en annexe.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat d'assurance complémentaire santé est souscrit par le salarié dans le cadre d'un contrat individuel en complément du contrat collectif d'entreprise. Il vise à garantir le remboursement, en complément de la Sécurité sociale française de tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et des éventuels bénéficiaires, occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité. Le produit ne respecte pas l'ensemble des conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge du salarié.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires chirurgicaux et médicaux - Forfait journalier sans limitation de durée - Frais de séjour - Chambre particulière - Lit accompagnant - Transport sanitaire
- ✓ **Soins courants** : Consultations/Visites généralistes ou spécialistes - Auxiliaires médicaux - Analyses et examens de laboratoire ou de radiologie – Actes techniques
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : Verres et Monture - Lentilles de contact - Chirurgie correctrice
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires - Prothèses – Orthodontie
- ✓ **Prothèses auditives et autres**
- ✓ **Appareillages**
- ✓ **Actes de prévention** : Détartrage annuel complet – Dépistage des troubles de l'audition
- ✓ **Cures thermales**
- ✓ **Forfait maternité**
- ✓ **Forfait bien-être**
- ✓ **Assistance** : Information ou conseil par téléphone - Assistance en cas d'hospitalisation ou immobilisation - Assistance en cas d'accident ou de maladie

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Dentaire : Implants dentaires – Parodontologie

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de partenaires (opticiens, dentistes, audioprothésistes)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Tiers payant pour éviter l'avance de frais
- ✓ Espace internet « mon compte », des services en ligne
- ✓ Application mobile IRP AUTO Santé

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ La perte de salaire liée à un arrêt de travail.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale sauf ceux dont la couverture est expressément prévue par le contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Franchise** sur les transports sanitaires.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant).
- ! **Assistance : les maladies et accidents antérieurs à votre adhésion ou lorsque votre enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédents la demande.**

PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Implants dentaires** : remboursement limité à 2 implants par an.
- ! **Assistance** : certaines prestations sont accessibles uniquement sous conditions et sont limitées à un montant, dans le temps et/ou en forfait heures ou jours. Une somme peut rester à la charge de l'adhérent.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les individus sont couverts en France et lors de leurs déplacements à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du régime de base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Assistance : Assistance à domicile en cas d'accident ou maladie en France métropolitaine sans franchise kilométrique et assistance en cas d'accident corporel ou de maladie à l'étranger à l'exception de la Corée du nord.
La liste, mise à jour, de l'ensemble des pays non couverts est disponible sur le site internet à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>



Quelles sont mes obligations ?

- À la souscription du contrat :

Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion.
Fournir tous documents justificatifs demandés par l'institution.

- En cours de contrat :

Informier l'institution en cas de changement de domiciliation ou de coordonnées bancaires.
Régler la cotisation prévue au contrat.

- En cas de sinistre :

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans les délais prévus.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement par prélèvement automatique le 6 du mois.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de la demande par l'institution. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévus au contrat notamment si le contrat collectif change ou prend fin.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique au moins deux mois avant sa date d'échéance annuelle.