

LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT SOLUTION SANTÉ PLUS

PRÉVOIR
Assureur Solutions Vie

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés.

Les forfaits et plafonds de garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables (hors Formule Hospi ne contenant que le module Hospitalisation) : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

MODULE HOSPITALISATION

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*

*En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Frais de séjour

Forfait journalier hospitalier

Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ¹
	Médecins non DPTAM ¹

Chambre particulière (par jour et par assuré)

Frais accompagnant (lit et frais repas) (par jour)

Forfait confort extra hospitalier (frais TV/téléphone) (par an et par assuré)

SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE

Frais de séjour

Frais journalier hospitalier

Honoraires et frais médicaux

Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés hors hospitalisation psychiatrique (par jour)

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Frais réels

100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €

Frais réels

100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Dans la limite de 30 jours					

MODULE FRAIS DE SANTÉ

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ¹
	Médecins non DPTAM ¹

Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)

Transport

Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)

Médicaments remboursés par la Sécurité sociale

Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioptathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion et par assuré)

Bonus fidélité médecines naturelles après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de :

après 4 années d'adhésion la garantie augmente à nouveau de :

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française

DENTAIRE

Soins et inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale

Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale²

Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale²

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR

100% BR

100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR

100% BR

-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
+ 20 €	+ 20 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €
+ 20 €	+ 20 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €

100% BR

100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
100% BR					

¹ Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

² Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

OPTIQUE

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait, les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. 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 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.

Équipement « 100% Santé » Classe A³ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle

Équipement complet mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B³

Équipement « Offre libre » Classe B³ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)⁴

Équipement « Offre libre » Classe B³ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)⁴

Équipement « Offre libre » Classe B³ : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)⁴

Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B) : après 2 années d'adhésion la garantie augmente de :

après 4 années d'adhésion la garantie augmente à nouveau de :

Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet de Classe B)

Optique hors lunettes (par année d'adhésion et par assuré)

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

Lentilles refusées par la Sécurité sociale

Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire

AIDES AUDITIVES

Aides auditives - Jusqu'au 31/12/2020

Aides auditives et entretien de l'appareillage

Aides auditives à compter du 01/01/2021 (prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)

Équipements « 100% Santé » Classe I⁵

Équipements « Offre Libre » Classe II dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale⁵

Accessoires

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Frais réels

Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels

100% BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	125 €				
	200 €	275 €	350 €	425 €	500 €
-	+ 50 €				
-	+ 50 €				
100% BR	50% des frais réels				

100% BR	100% BR + 20 €	100% BR + 70 €	100% BR + 120 €	100% BR + 170 €	100% BR + 220 €
-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

100% BR

Frais réels

100% BR

100% BR

MODULE RENFORT

Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter du 1^{er} janvier 2021 - et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien)⁵

Bonus fidélité prothèses auditives : après 2 années d'adhésion la garantie augmente de :

après 4 années d'adhésion la garantie augmente à nouveau de :**

Soins cure thermique remboursés par la Sécurité sociale

Forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)

Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie etc (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)

Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

100 € par oreille	150 € par oreille	200 € par oreille	250 € par oreille	300 € par oreille	350 € par oreille
+ 50 € par oreille					
+ 50 € par oreille					
100% BR					
100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €

³ Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 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.

⁴ Se référer au tableau d'explication figurant ci-contre pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.

⁵ Tels que définis réglementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée « panier 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 équipements auditifs 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'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.

** Si le montant cumulé des remboursements effectués au cours de quatre (4) Années d'adhésion consécutives pour un Assuré dépasse le montant du forfait indiqué pour son niveau de garantie, le remboursement sera limité à une prise en charge à hauteur de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Grille optique

CATÉGORIE 1	2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques - dont la sphère est [- 6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00
CATÉGORIE 2 Et	1 Verre de la catégorie 1 1 Verre de la catégorie 3
CATÉGORIE 3	2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques - dont la sphère est [- 6,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques - dont la sphère est [- 8,00 et + 8,00] - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00] 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00 - dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≤ à 0,25 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

* Somme S = (sphère + cylindre)