

VOS GARANTIES SANTÉ

Le total des remboursements de la Sécurité sociale réels ou reconstitués, d'Humanis Prévoyance, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	Etablissements conventionnés et non conventionnés : 100 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾	100 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾	100 % de la BR
Chambre Particulière (y compris en maternité)	30 € par jour
Forfait Hospitalier	100 % des frais réels
Lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans	25 € par jour
Forfait acte lourd	Pris en charge
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultation, visite d'un généraliste	100 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS ⁽²⁾ à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	125 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS ⁽²⁾ à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	100 % de la BR
Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue	100 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR
Actes techniques médicaux	100 % de la BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent ou non au contrat d'accès aux soins ⁽²⁾	100 % de la BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
TRANSPORT	
Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
DENTAIRE	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS :	
- Couronne	140 % de la BR
- Inlay-core / inlay-core à clavette	125 % de la BR
- Appareil dentaire 1 à 3 dents	125 % de la BR
- Appareil dentaire complet (14 dents)	125 % de la BR
- Bridge de 3 éléments	140 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse)	100 € par prothèse et d'un maximum de 3 prothèses par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	125 % de la BR

OPTIQUE**Équipement optique (2 verres et une monture)****Enfant de moins de 18 ans**

Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la monture est limité à 150 euros.

200 €**Équipement optique (2 verres et une monture)****Adulte et Enfant de 18 ans et plus**

Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans.

Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Monture

70 €

Verres :

- Verres unifocaux de 0 à 4 sphères

55 € par verre

- Verres unifocaux de 4,25 à 6 sphères

55 € par verre

- Verres unifocaux de 6,25 à 8 sphères

65 € par verre

- Verres unifocaux de plus de 8 sphères

75 € par verre

- Verres multifocaux de 0 à 4 sphères

75 € par verre

- Verres multifocaux de 4,25 à 6 sphères

85 € par verre

- Verres multifocaux de 6,25 à 8 sphères

95 € par verre

- Verres multifocaux de plus de 8 sphères

105 € par verre

Lentilles prises en charge ou non par la SS

100 € par an et par bénéficiaire**APPAREILLAGE**

Orthopédie et autres prothèses

100 % de la BR

Prothèses auditives

100 % de la BR

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr. Pour les médecins non-conventionnés la base de remboursement est égale au tarif d'autorité (moins de 1€ pour une consultation et 16% du tarif de convention pour un acte technique)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année