

SPVIE Santé Génius : Tableau de garanties > Gamme Confort

Les remboursements sont exprimés y compris remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire, dans la limite des frais réels engagés.

	FORMULE A	FORMULE B	FORMULE C	FORMULE D	FORMULE E	FORMULE F
Hospitalisation en secteur conventionné ^(a)						
Séjours en médecine, chirurgie et maternité						
- Frais de séjour	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Forfait hospitalier (2) - Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	300%	350%
- Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	105%	130%	150%	170%	200%
- Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Forfait Patient Urgence	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Chambre particulière - Forfait journalier - Max 60 jours / par période de 12 mois de couverture	-	30 €	40 €	50 €	60 €	80 €
- Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet - Forfait limité à 30 jours par période de 12 mois de couverture	-	15 €	20 €	30 €	35 €	40 €
Séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés, et en psychiatrie						
- Frais de séjour	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Forfait hospitalier (2) - Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Honoraires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Forfait Patient Urgence	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Chambre particulière (hors hospitalisation psychiatrique) - Forfait journalier - Max 30 jours / par période de 12 mois de couverture	-	30 €	40 €	50 €	60 €	80 €
Soins courants						
Honoraires médicaux dans le cadre de l' OPTAM ou OPTAM-CO						
- Médecins généralistes	100%	100%	125%	150%	200%	300%
- Médecins spécialistes	100%	100%	125%	150%	200%	300%
- Radiologie - imagerie - échographie	100%	100%	100%	125%	150%	200%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO incluant : actes de médecine, radiologie - imagerie - échographie, ATM						
- Médecins généralistes	100%	100%	100%	125%	150%	200%
- Médecins spécialistes	100%	100%	100%	125%	150%	200%
- Radiologie - imagerie - échographie	100%	100%	100%	100%	125%	150%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	100%	100%	100%	125%	150%
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments						
- Médicaments et vaccins remboursés par la Sécurité sociale à 65% et 30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Médicaments et vaccins remboursés par la Sécurité sociale à 15%	-	-	-	100%	100%	100%
- Médicaments et contraceptifs, prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (3) - Forfait annuel par période de 12 mois de couverture	-	-	-	-	-	-
Matériel médical						
- Appareillage et prothèse médicales (prothèses orthopédiques/prothèses mammaires et capillaires/petits et gros appareillage, accessoires, pansements) dans la limite de 1000 € / par période de 12 mois de couverture, au-delà remboursement à hauteur de 100% de la BR	100%	100%	125%	150%	200%	300%
. Cures Thermales						
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Forfait annuel Cure thermale	-	50 €	100 €	200 €	250 €	300 €
. Médecines douces						
- Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, podologue (hors pédicure), homéopathe, psychologue/ psychothérapeute, psychomotricien, diététicien) - Forfait annuel par période de 12 mois de couverture et dans la limite de 25 € par séance	25 €	50 €	75 €	125 €	150 €	175 €
Soins inopinés effectués à l'étranger remboursés par la Sécurité Sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) ^(a)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Optique						
Équipements 100% santé* : (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)						
- Verre(s) de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100% santé* : Équipement entrant dans le cadre du panier libre (b) (Renouvellement tous les 2 ans) (c)						
- Monture de classe B avec 2 verres simples de classe B	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
- Monture de classe B avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe de classe B	100%	175 €	225 €	275 €	300 €	350 €
- Monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes de classe B	100%	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
- Dont remboursement maximum monture de classe B (maxi contrat responsable)	100%	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €
Autres prestations						
- Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale - Forfait par période de 12 mois de couverture	100% + 30€	100% + 50€	100% + 60€	100% + 80€	100% + 100€	100% + 120€
- Chirurgie réfractive des yeux non remboursée par la Sécurité sociale - Forfait par œil et par période de 12 mois de couverture	-	50 €	100 €	200 €	250 €	300 €

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)
Assisteur : Mutuaide Assistance • Société Anonyme, Entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 12 558 240 euros dont le siège social est 126 rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 NOISY-LE-GRAND CEDEX, inscrite au RCS sous le Numéro 383 974 086 RCS BOBIGNY, Mutuaide Assistance est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09
SPVIE Assurances • SAS au capital de 48 868,30 € • 26 rue Pagès, 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

Dentaire						
Soins						
- Soins conservateurs dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	100%	125%	150%	175%	225%	300%
- Radiologie remboursée par la Sécurité sociale	100%	125%	150%	175%	225%	300%
- Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant dans le champs des paniers honoraires modérés ou libres	100%	125%	150%	175%	225%	300%
Soins et Prothèses dans le cadre du 100% Santé*						
- Soins et Prothèses 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)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé						
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant dans le champ des paniers honoraires modérés ou libres	100%	125%	150%	175%	225%	300%
Actes dentaires non remboursés						
Forfait global annuel par période de 12 mois de couverture pour l'ensemble des prestations énumérées ci-dessous :						
- Implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie						
- Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	-	125 €	150 €	200 €	300 €	400 €
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale						
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale						
Orthodontie						
- Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	100%	125%	150%	175%	225%	300%
Plafond maxi sur le poste Prothèses et actes dentaires non remboursés hors 100% Santé et orthodontie - par période de 12 mois de couverture au-delà 100% BR						
	-	700 €	850 €	1 500 €	1 750 €	2 000 €
Aide Auditives						
Équipements 100% santé*						
- 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)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% santé*						
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) (Renouvellement tous les quatre ans) (d) - Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller (d).	100%	100% + 50€	100% + 100€	100% + 200€	100% + 250€	100% + 300€
Accessoires (piles et entretien)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prévention						
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Services complémentaires						
Assistance	En inclusion					
Réseau de soins	En inclusion					

Exclusions et limitations de garanties

(a) 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.

(2) Le Forfait journalier n'est pas pris en charge dans les établissements médico-sociaux (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée.), tels que définis à l'article L.312-1 à 6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

(3) La pharmacie non remboursée concerne :
- les produits pharmaceutiques réglementés,
- les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) réglementés,
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%
Par conséquent, ne sont pas couverts les produits dont la TVA est de 20% (produits dits "de confort")

(4) 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. SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

Informations 100% Santé * tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. **(b)** Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage 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. **(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. 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. **(e)** Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

Les garanties du contrat SPVIE décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code . De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat SPVIE s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé »). Le dispositif "100% Santé" permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines dépenses en Dentaire, Optique et Aide auditive en fonction du calendrier défini par la réglementation. Les garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur **(a)**. **Pour les actes réalisés en secteur non conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale. Le forfait Actes lourds est pris en charge intégralement.** Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

Lexique :

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique
Rbt Intégral : Remboursement Intégral
Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égale à 4,00

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6, 00 et + 6, 00 ou dont le cylindre est supérieur à 4, 00 et verres multifocal ou progressif
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à +4,00