

GOLDEN SANTÉ

— KIASSURE —

Les montants des remboursements s'entendent après déduction du remboursement du régime obligatoire lorsqu'il intervient et dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction de la formule choisie et indiquée au Certificat d'adhésion.

5 Formules complètes + 2 Options offrant des réductions de tarif

- Option A : Tarif -5% - Suppression de la Chambre particulière et des médicaments prescrits et non pris en charge
- Option B : Tarif -12% - Suppression de la Chambre particulière, des médicaments prescrits et non pris en charge et des postes : Optique, Dentaire et Prothèses auditives, remboursés exclusivement en 100% santé



MEDECINES DE VILLE

De 18 à 85 ans
FORMULE 1

De 18 à 85 ans
FORMULE 2

De 18 à 85 ans
FORMULE 3

De 18 à 85 ans
FORMULE 4

De 18 à 85 ans
FORMULE 5



Honoraires médicaux - OPTAM ou OPTAM CO

Consultation Généraliste, Spécialiste, Actes techniques médicaux, Radiologue, imagerie et échographie
(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 125% 150% 175%

Honoraires médicaux - Hors OPTAM ou OPTAM CO

Consultation Généraliste, Spécialiste, Actes techniques médicaux, Radiologue, Imagerie et Échographie
(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 105% 130% 155%

Honoraires paramédicaux

Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes etc
(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 100% 100% 100%

Analyses et examens en laboratoire

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 100% 100% 100%

Médicaments

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 100% 100% 100%

Option A

Option B

Médicaments prescrits et non pris en charge (1) (par année d'adhésion)

- 30 € 30 € 40 € 40 €

Exclus
avec les
options
A & B

Prothèses et appareillages - DVO (2)

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 100% 100% 100%

Petit appareillage (3) (par année d'adhésion)

- 20 € 40 € 60 € 80 €

CURE THERMALE

Cure thermique - OPTAM ou OPTAM CO

Honoraires et Frais d'établissement
(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 125% 150% 175%

Cure thermique - Hors OPTAM ou OPTAM CO

Honoraires et Frais d'établissement
(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 105% 130% 155%


MEDECINES DOUCES (4)

Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Étio-pathe,
Homéopathe, Acupuncteur, Chiropracteur,
Mésothérapeute, Réflexologue, Diététicien,
Nutritionniste (par année d'adhésion, dans
la limite de 30€/consultation)

40 € 60 € 80 € 100 € 120 €

Acte de prévention (5)

100% 100% 100% 100% 100%

HOSPITALISATION (6)		De 18 à 85 ans FORMULE 1	De 18 à 85 ans FORMULE 2	De 18 à 85 ans FORMULE 3	De 18 à 85 ans FORMULE 4	De 18 à 85 ans FORMULE 5	
<div>Option A</div> <div>Option B</div>	Honoraires – OPTAM ou OPTAM CO Chirurgie, Anesthésie, Maternité	100%	125%	150%	175%	200%	Exclus avec les options A & B
	Honoraires – Hors OPTAM ou OPTAM CO Chirurgie, Anesthésie, Maternité	100%	100%	105%	130%	155%	
	Frais de séjour en secteur conventionné			Frais réels			
	Frais de séjour en secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier hospitalier (7)			Frais réels			
	FPU (Forfait Patient Urgence)	100%	100%	100%	100%	100%	
	Chambre particulière (8) – Hors ambulatoire (par jour, dans la limite de 30 jours par année d'adhésion)	-	40€	50€	60€	70€	
	Lit d'accompagnement (par jour, dans la limite de 15 jours par année d'adhésion)	-	10 €	10 €	15 €	15 €	
	Confort hospitalier Téléphone, internet, télévision (par jour, dans la limite de 15 jours par année d'adhésion)	-	5 €	5 €	5 €	5 €	
	Transport	100%	100%	100%	100%	100%	
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	
OPTIQUE							
Option B	Équipement Optique – 100% SANTÉ (Verres et Monture de classe A)	Remboursement Intégral					Exclus avec l'option B
	Services CPMS						
	+ Test de vue (En ligne)						
	+ Prise de Rendez-vous (Ophtalmologues partenaires)					✓	
	+ 100% SANTÉ étendu (sur 300 références de montures et les verres HOYA)						
	Équipement Optique – Complexe /Mixte (9)						
	Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	100%	200 €	250 €	300 €	350 €	
	Monture + 2 verres complexes et très complexes (pris en charge par le régime de base)						
	Équipement Optique – Simple (9)						
	Monture + 2 verres simples (pris en charge par le régime de base)	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	
Suppléments et prestations		100%	100%	100%	100%	100%	
Lentilles prescrites prises en charge ou non (par année d'adhésion)		100%	50 €	75 €	100 €	125 €	
Chirurgie réfractive de l'œil (pour les deux yeux et par année d'adhésion)		-	200 €	300 €	400 €	450 €	



DENTAIRE

De 18 à 85 ans
FORMULE 1

De 18 à 85 ans
FORMULE 2

De 18 à 85 ans
FORMULE 3

De 18 à 85 ans
FORMULE 4

De 18 à 85 ans
FORMULE 5



Soins et prothèses – 100% SANTÉ

Remboursement Intégral



Option B

Prothèses dentaires

Prothèses dentaires, Inlays-core et implantologie
(pris en charge par le régime de base)

100% 150% 200% 250% 275%

Soins dentaires

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 125% 150% 175%

Inlays, onlays, orthodontie

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 125% 150% 175%

Soins et Prothèses dentaires (Hors nomenclature)

Implants, piliers implantaires, parodontie,
orthodontie pour adulte
(non pris en charge par le régime de base)
(par année d'adhésion)

- 100 € 150 € 200 € 250 €

Exclus
avec
l'option
B

Plafond dentaire

(Au-delà du plafond, la prise en charge est limitée
au ticket modérateur)

- - 800 € 1 000 € 1 200 €

PROTHESES AUDITIVES (10)

Équipement Auditif – 100% SANTÉ

Remboursement Intégral



Prothèses Auditives (classe I)

Option B

Forfait Appareillages et prothèses auditives

(pour les deux oreilles et par assuré)

- 200 € 400 € 600 € 800 €

Prothèses auditives

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 100% 100% 100%

Piles et accessoires

(pris en charge par le régime de base)

100% 100% 100% 100% 100%

Exclus
avec
l'option
B

SERVICES EN INCLUSION

Assistance – Mutuaide



Tiers payant – Viamedis



My CPMS – Espace assuré

Transmission et Consultation des
remboursements



Simulation des remboursements de soins

Carte de Tiers-Payant dématérialisée

(1) Le versement de tout ou partie du forfait relatif aux médicaments prescrits et non pris en charge est soumis à la réception des justificatifs correspondants (ordonnance et facture). Le versement ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés par l'assuré et dans la limite du forfait annuel indiqué sur le tableau de garantie (selon la formule choisie)

(2) Les remboursements s'entendent en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale et incluent la part du régime obligatoire. Le remboursement du forfait petits appareillages ne pourra venir en complément de ce versement.

(3) Le versement de tout ou partie du forfait relatif aux Petits appareillages ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés par l'assuré et dans la limite du forfait annuel indiqué sur le tableau de garantie (selon la formule choisie)

(4) Le forfait Médecines douces comprend les actes réalisés par des praticiens ci-après diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé: Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Étio-pathe, Homéopathe, Acupuncteur, Chiropracteur, Mésothérapeute, Réflexologue, Diététicien, Nutritionniste.

(5) Les remboursements se limitent à la prise en charge des actes de prévention prévus dans le contrat responsable à savoir :

I. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

II. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

III. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

IV. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

V. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

VI. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

VII. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) Haemophilus influenzae B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

(6) Pendant les 30 premiers jours suivant la prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du TM et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(7) Illimité. Exclu en gériatrie, en unités de soins de longue durée (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(8) Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique, et pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gériatrie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).

(9) Les forfaits versés intègrent l'éventuelle part du régime de base. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur de 16 ans au plus ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. De plus, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A).

Corrections visuelles à compter du 1er janvier 2020 :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
- Correction très complexe :
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(10) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par assuré et par période de quatre ans à compter de la date d'achat de l'équipement et dans la limite du plafond de prise en charge de 1700 € du régime obligatoire par aide auditive.