


INSTASSUR

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.

7 Formules

	De 18 à 85 ans NIVEAU 1	De 18 à 85 ans NIVEAU 2	De 18 à 85 ans NIVEAU 3	De 18 à 85 ans NIVEAU 4	De 18 à 85 ans NIVEAU 5	De 18 à 85 ans NIVEAU 6	De 18 à 85 ans NIVEAU 7	
HOSPITALISATION (1) Médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés								
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etablissement conventionné								
Frais de séjour en secteur conventionné (2)	Frais réels							
Honoraires : Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	
Honoraires : Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	
Chambre particulière en secteur conventionné (4) (par jour)	–	40 €	50 €	60 €	70 €	70 €	80 €	
Bonus Fidélité 2 ^{ème} année	–	45 €	55 €	65 €	75 €	75 €	85 €	Bonus
Bonus Fidélité 3 ^{ème} Année et suivantes	–	50 €	60 €	70 €	80 €	85 €	90 €	
Forfait journalier hospitalier (3)								
Frais réels								
A partir de la 2 ^{ème} année Confort hospitalier (par jour) (Téléphone, internet, télévision, etc. maxi 15 jours par an)	–	5 €	10 €	15 €	20 €	25 €	25 €	Bonus
A partir de la 2 ^{ème} année Frais accompagnant (par jour) (enfant ou adulte hospitalisé – maxi 15 jours par an)	–	10 €	10 €	15 €	15 €	20 €	20 €	Bonus
Transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etablissement non conventionné								
Frais de séjour (2)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Honoraires et actes médicaux (anesthésie, chirurgie, obstétrique, imagerie)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Forfait journalier hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

SOINS COURANTS	De 18 à 85 ans	De 18 à 85 ans	De 18 à 85 ans	De 18 à 85 ans	De 18 à 85 ans	De 18 à 85 ans	De 18 à 85 ans
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie : Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie: Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Imagerie médicale pratiquée par des médecins ou praticiens adhérents au DPTM	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Imagerie médicale pratiquée par des médecins ou praticiens non adhérents au DPTM	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments (pris en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments (Prescrits et non pris en charge par le régime de base) (forfait annuel)	-	-	-	-	30€	40€	40€
Actes de Prévention (pris en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses et appareillages (pris en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecine complémentaire : ostéopathe, pédicure, podologue, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste (Forfait annuel - Maximum 30€ par séance)	-	80 €	80 €	120 €	120 €	160 €	160 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale sur présentation d'un justificatif (forfait thermal, transport, hébergement) (forfait annuel/bénéficiaire)							
Honoraires dans le cadre DPTM	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Honoraires hors DPTM	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Frais d'établissement	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Transport et hébergement (8) (forfait annuel)	100 %	50 €	100 €	150 €	175 €	200 €	250 €

AIDES AUDITIVES

De 18 à 85 ans De 18 à 85 ans De 18 à 85 ans De 18 à 85 ans De 18 à 85 ans De 18 à 85 ans De 18 à 85 ans
NIVEAU 1 NIVEAU 2 NIVEAU 3 NIVEAU 4 NIVEAU 5 NIVEAU 6 NIVEAU 7

(dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)

Équipement du panier 100 % Santé : Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I**

Frais Réels



Appareillages et prothèses auditives

Aide auditive de Classe II***

(Prises en charge par le régime de base)

100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %

Appareil auditif (7)

Hors 100% Santé (forfait annuel)

- 100 € 200 € 300 € 400 € 500 € 600 €

Accessoires

Autres prestations liées aux aides auditives (piles, écouteurs, coque...)

100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

DENTAIRE



Soins et prothèses du panier 100 % Santé

Frais Réels



Soins dentaires

(pris en charge par le régime de base)

100 % 100 % 125 % 150 % 175 % 200 % 250 %

Inlays, onlays

(pris en charge par le régime de base)

100 % 100 % 125 % 150 % 175 % 200 % 250 %

Prothèses

(prises en charge par le régime de base)

100 % 125 % 150 % 200 % 225 % 250 % 275 %

Bonus Fidélité 2^{ème} année

125 % 150 % 175 % 225 % 250 % 275 % 300 %

Bonus Fidélité 3^{ème} Année et suivantes

150 % 175 % 200 % 250 % 275 % 300 % 325 %

Bonus

Orthodontie (prise en charge par le régime de base)

100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %

Bonus Fidélité 2^{ème} année

125 % 125 % 125 % 125 % 125 % 125 % 125 %

Bonus Fidélité 3^{ème} Année et suivantes

150 % 150 % 150 % 150 % 150 % 150 % 150 %

Bonus

Prothèses, orthodontie, inlay core, parodontologie, implantologie

(non pris en charge par la sécurité sociale) (forfait annuel)

- 100 € 150 € 200 € 250 € 300 € 350 €

Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins) y compris inlays-onlays

- - 800 € 1000 € 1000 € 1200 € 1400 €

Bonus Fidélité 2^{ème} année

- - 1200 € 1500 € 1500 € 1800 € 2000 €

Bonus

OPTIQUE



Équipement du panier 100 % Santé (5)

Frais Réels



Verres simples et monture

100 % 100 € 150 € 200 € 250 € 300 € 350 €

Bonus Fidélité 2^{ème} année

100 % 150 € 200 € 250 € 300 € 350 € 400 €

Bonus

Verres complexes ou très complexes et monture

100 % 200 € 250 € 300 € 350 € 400 € 450 €

Bonus Fidélité 2^{ème} année

100 % 250 € 300 € 350 € 400 € 450 € 500 €

Bonus

Verres Mixtes (Simple/complexe ou très complexe) et monture

100 % 200 € 250 € 300 € 350 € 400 € 450 €

Bonus Fidélité 2^{ème} année

100 % 250 € 300 € 350 € 400 € 450 € 500 €

Bonus

Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (forfait annuel/ bénéficiaire) (6)

100 % 50 € 75 € 100 € 125 € 150 € 175 €

Assistance – Mutuaide

Tiers payant – Viamedis

My CPMS – Espace assuré

Transmission et Consultation des remboursements

Simulation des remboursements de soins



Carte de Tiers-Payant dématérialisée

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime de Base et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes de Base (RB). Les forfaits exprimés en euros comprennent le remboursement du Régime de Base d'assurance maladie, par assuré.

DPTM: Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Certains médecins/praticiens ont signé un contrat favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

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

(2) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

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

(4) 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).

(5) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur de moins 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A). Corrections visuelles (définition contrat responsable) : Définitions de la correction : 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.

(6) Pour le niveau 1 seulement seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.

(7) Forfait non cumulable à la garantie prothèses auditives délivrée toutes les 4 ans. Le remboursement est effecuté sur une base annuelle.

(8) Les frais remboursés sont uniquement ceux pris en charge par le RO.

**Classe I = Panier 100% santé disponible depuis le 01/01/2021

***Classe II = Panier libre dans la limite des appareils pris en charge par le RB