




— KIIASSURE —

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.

	De 18 à 90 ans NIVEAU 1	De 18 à 90 ans NIVEAU 2	De 18 à 90 ans NIVEAU 3	De 30 à 90 ans NIVEAU 4	
HOSPITALISATION (y compris chirurgicale, maternité, à domicile, en établissements et unités spécialisées) (1)					
Etablissement conventionné					
Frais de séjour (2)	Frais réels				
Honoraires : Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	125 %	150 %	165 %	
Bonus Fidélité 2^{ème} année	100 %	130 %	160 %	180 %	Bonus
Bonus Fidélité 3^{ème} Année et suivantes	125 %	140 %	170 %	200 %	
Honoraires : Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	130 %	140 %	
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (4)	-	20 €	45 €	50 €	
Bonus Fidélité 2^{ème} année	-	25 €	50 €	55 €	Bonus
Bonus Fidélité 3^{ème} Année et suivantes	-	30 €	55 €	60 €	
Séjour accompagnant (lit et repas) (maximum 15 jours par an)	-	-	-	-	
Bonus Fidélité 2^{ème} année	-	-	15€ / jour	15€ / jour	Bonus
Forfait journalier hospitalier (3)	Frais réels				
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, maximum 15 jours par an)	-	-	-	-	
Bonus Fidélité 2^{ème} année	-	-	5 € / jour	5 € / jour	Bonus
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etablissement non conventionné					
Frais de séjour (2)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) en établissement non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	

	De 18 à 90 ans NIVEAU 1	De 18 à 90 ans NIVEAU 2	De 18 à 90 ans NIVEAU 3	De 30 à 90 ans NIVEAU 4	
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée					
Consultation de médecins généralistes	100 %	125 %	125 %	175 %	
Consultation de médecins spécialistes	100 %	125 %	125 %	175 %	
Imagerie médicale	100 %	100 %	100 %	150 %	
Actes de techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Honoraires médicaux : Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée					
Consultation de médecins généralistes	100 %	100 %	100 %	135 %	
Consultation de médecins spécialistes	100 %	100 %	100 %	135 %	
Imagerie médicale	100 %	100 %	100 %	100 %	
Actes de techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	
Transport (sauf cures thermales)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Médicaments pris en charge par le régime de base	100 %	100 %	100 %	100 %	
Cure thermique (prise en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	
MEDECINE DOUCE – ACTES DE PREVENTION – PROTHESES ET APPAREILLAGES (autres que dentaires et audio)					
Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste (Maximum par an)	-	-	20 €	50 €	
Actes de prévention : Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)	100 %	100 %	100 %	100 %	
DENTAIRE					
Soins et prothèses du panier 100 % Santé*	Remboursement Intégral				
Soins dentaires (pris en charge par le régime de base) (hors panier de soins 100% santé)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Inlays, onlays (pris en charge par le régime de base)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 %	100 %	125 %	175 %	
Bonus Fidélité 2 ^{ème} année	100 %	100 %	140 %	200 %	Bonus
Bonus Fidélité 3 ^{ème} Année et suivantes	100 %	125 %	175 %	250 %	
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le régime de base (hors panier de soins 100% santé)	100 %	125 %	140 %	150 %	
Bonus Fidélité 2 ^{ème} année	100 %	125 %	150 %	200 %	Bonus
Bonus Fidélité 3 ^{ème} Année et suivantes	100 %	150 %	175 %	250 %	
Plafond de remboursement annuel (hors soins) y compris inlays-onlays incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé (Au-delà du plafond le remboursement est limité au Ticket Modérateur.) (par an et par bénéficiaire)	-	800 €	900 €	1 200 €	



OPTIQUE

Offre 100 % santé – Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements

Remboursement Intégral



Equipement composé de 2 verres et d'une monture (5) (monture dans la limite de 100 €)

Verres simples et monture	100 %	100 €	100 €	125 €	
Bonus Fidélité 2 ^{ème} année	100 %	125 €	125 €	150 €	Bonus
Bonus Fidélité 3 ^{ème} Année et suivantes	100 %	150 €	150 €	175 €	
Verres complexes et très complexes et monture / 1 verre complexe + 1 verre très complexe	100 %	200 €	200 €	200 €	
Bonus Fidélité 2 ^{ème} année	100 %	225 €	225 €	250 €	Bonus
Bonus Fidélité 3 ^{ème} Année et suivantes	100 %	250 €	250 €	275 €	
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	125 €	150 €	
Bonus Fidélité 2 ^{ème} année	100 %	150 €	150 €	200 €	Bonus
Bonus Fidélité 3 ^{ème} Année et suivantes	100 %	175 €	175 €	225 €	
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base (6) (par an et par bénéficiaire)	100 %	100 % + 25 €	100 % + 100 €	100 % + 100 €	

AIDES AUDITIVES

Equipement 100% SANTE Prothèses Auditives (classe I**) – Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements

Remboursement Intégral



Appareillages et prothèses auditives (Aide auditive de Classe II**) prises en charge par le régime de base

Accessoires (piles, écouteurs, coque ...)

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

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

Les plafonds annuels en euro ou en quantité s'appliquent à compter de la date d'adhésion au contrat.

OPTAM / OPTAM CO : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

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 (le plafond est commun à toutes les disciplines). 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) Dans le cadre du Niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.