

# TABLEAU DES GARANTIES ZEN PRO ESSENTIEL

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

|  | FORMULE<br>ÉQUILIBRE | FORMULE<br>CONFORT | FORMULE<br>PRIVILÈGE |
|--|----------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Questionnaire de santé / Délai d'attente</b>  | Aucun                | Aucun              | Aucun                |
| <b>Contrat Responsable</b>   | Oui                  | Oui                | Oui                  |
| <b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>   |                      |                    |                      |
| <b>Forfait journalier hospitalier – durée illimitée</b>  | Rbt intégral         | Rbt intégral       | Rbt intégral         |
| <b>Frais de séjour en établissement conventionné (y compris la maternité)</b>  | Rbt intégral         | Rbt intégral       | Rbt intégral         |
| <b>Honoraires professionnels de santé</b>  |                      |                    |                      |
| OPTAM <sup>(1)</sup>   | 175 %                | 250 %              | 325 %                |
| Non OPTAM / OPTAM-CO   | 150 %                | 200 %              | 200 %                |
| <b>Forfait patient urgence <sup>(2)</sup></b>  | Rbt intégral         | Rbt intégral       | Rbt intégral         |
| <b>Chambre particulière <sup>(3) (4)</sup></b>   | 60 € / jour          | 80 € / jour        | 100 € / jour         |
| À partir de la deuxième année  | 80 € / jour          | 100 € / jour       | 120 € / jour         |
| <b>Frais d'accompagnant, télévision, téléphone et internet – (15 jours par évènement)</b>  | 15 € / jour          | 20 € / jour        | 30 € / jour          |
| <b>Frais de transport</b>  | 100 %                | 100 %              | 100 %                |
| <b>Hospitalisation à domicile</b>  | 175 %                | 250 %              | 325 %                |
| <b>Hospitalisation à l'étranger</b>  | 100 %                | 120 %              | 150 %                |
| <b>SOINS COURANTS</b>  |                      |                    |                      |
| <b>Honoraires médicaux des généralistes et spécialistes (consultations, radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités)</b>   |                      |                    |                      |
| OPTAM / OPTAM-CO <sup>(1)</sup>  | 175 %                | 250 %              | 325 %                |
| À partir de la deuxième année  | 225 %                | 300 %              | 375 %                |
| Non OPTAM / OPTAM-CO   | 150 %                | 200 %              | 200 %                |
| <b>Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que kinésithérapeute, orthoptiste, infirmier</b>  | 175 %                | 250 %              | 325 %                |
| <b>Analyses et examens de laboratoires</b>   | 100 %                | 100 %              | 100 %                |
| <b>Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire</b>  | 100 %                | 100 %              | 100 %                |
| <b>Matériel médical remboursés par la Sécurité sociale (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage tels qu'attelle, fauteuil roulant, lit médicalisé)</b>                                       | 100 %                | 100 %              | 100 %                |
| <b>Forfait naissance / adoption (par enfant)</b>   | 150 €                | 200 €              | 250 €                |
| <b>Soins effectués à l'étranger</b>  | 100 %                | 120 %              | 150 %                |
| <b>Cures thermales : honoraires et frais remboursés par la Sécurité Sociale</b>  | 100 %                | 100 %              | 100 %                |
| <b>OPTIQUE</b>   |                      |                    |                      |
| <b>Équipements 100 % Santé * : Équipement (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)</b> |                      |                    |                      |
| - Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A   | Rbt Intégral         | Rbt Intégral       | Rbt Intégral         |
| - Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)   | 50 €                 | 75 €               | 100 €                |
| <b>Équipements hors 100 % Santé* : Équipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €</b>                    |                      |                    |                      |
| - Une monture de classe B avec 2 verres simples  | 50 €                 | 75 €               | 100 €                |
| - Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe  | 125 €                | 150 €              | 175 €                |
| - Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes  | 200 €                | 225 €              | 250 €                |
| <b>Lentilles de contact</b>  |                      |                    |                      |
| - Lentilles remboursées par la Sécurité sociale  | 100 %                | 100 %              | 100 %                |
| - Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale - par an  | 50 €                 | 75 €               | 100 €                |
| - Chirurgie réfractive – forfait annuel  | 75 €                 | 100 €              | 125 €                |

# TABLEAU DES GARANTIES ZEN PRO ESSENTIEL

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

| DENTAIRE   |              |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|
| <b>Soins</b>   |              |              |              |
| Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursée par la Sécurité sociale  | 100 %        | 125 %        | 150 %        |
| Inlays - onlays et Inlays Core, remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres  | 100 %        | 125 %        | 150 %        |
| <b>Orthodontie</b>   |              |              |              |
| - Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale   | 100 %        | 125 %        | 150 %        |
| À partir de la troisième année   | 175 %        | 225 %        | 275 %        |
| <b>Soins et prothèses 100 % Santé *</b>  |              |              |              |
| - Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé)  | Rbt intégral | Rbt intégral | Rbt intégral |
| <b>Soins et prothèses hors 100 % Santé *</b>   |              |              |              |
| - Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres  | 100 %        | 125 %        | 150 %        |
| <b>Actes non remboursés par la Sécurité Sociale</b>  |              |              |              |
| - Implantologie, Prothèses, Orthodontie, Parodontologie - Forfait annuel par bénéficiaire  | 75 €         | 100 €        | 125 €        |
| <b>AIDES AUDITIVES (par oreilles)</b>  |              |              |              |
| <b>Équipements 100 % Santé *</b>   |              |              |              |
| - 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 |
| <b>Équipements hors 100 % Santé *</b>  |              |              |              |
| - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé * (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d)   | 100 %        | 100 %        | 100 %        |
| <b>PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE</b>   |              |              |              |
| <b>Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étiopathie, homéopathie, naturopathie, diététique, podologie, pédicure, homéopathes, acupuncteur, micro-kinésithérapeutes, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue.</b><br>Dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire et plafonné à 60 € par acte | 150 € / an   | 200 € / an   | 250 € / an   |
| <b>Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale</b>  | 100 € / an   | 150 € / an   | 200 € / an   |
| <b>Forfait prévention</b>  | 100 %        | 100 %        | 100 %        |
| <b>ASSISTANCE SERVICES</b>   |              |              |              |
| <b>Tiers payant</b>  | Oui          | Oui          | Oui          |
| <b>Assistance</b>  | Oui          | Oui          | Oui          |
| <b>Téléconsultation</b>  | Oui          | Oui          | Oui          |

| Option Non OPTAM  |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| <b>Option responsable</b>   | Non | Non | Non |
| <b>Alignement des niveaux de couverture des médecins Non OPTAM sur le niveau OPTAM (Hospitalisation et Soins)</b> | Oui | Oui | Oui |

Toutes les garanties sont exprimées en % de la Base de Remboursement (BR) sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire

Les garanties du contrat 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.

Elles 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-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), 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 des « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

(1) OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie / Obstétrique

(2) Passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation

(3) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle

(4) La chambre particulière n'est pas garantie pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie

\* 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. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé\* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + Zen Sante Pro Essentiel) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

**(b)** Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage 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. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

