

TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent en fonction du ticket modérateur ainsi que sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

		BASE	OPTION 1
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	conventionné	100 % TM	100 % TM
	non conventionné	100 % TM	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR	100 % FR
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour		NON GARANTI	52 Euros
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		40 Euros	65 Euros pendant 60 jours puis 40 Euros au-delà
Hospitalisation à l'étranger (RO français ⁽²⁾)		120 % BR	120 % BR
LE + MATERNITÉ			
Indemnité de naissance, par maternité		1/3 PMSS	1/3 PMSS
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 200 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 150 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 75 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR
Honoraires paramédicaux			
- Sages-femmes		100 % TM + 10 % BR	100 % TM + 10 % BR
- Autres auxiliaires médicaux		100 % TM	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM	100 % TM
Médicaments :			
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM	100 % TM
- Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI	40 Euros
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI	40 Euros
Matériel médical :			
- Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
- Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
- Grand appareillage médical		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		100 % BR	100 % FR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		30 Euros par séance 1 séance	30 Euros par séance 4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :			
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM	100 % TM + 70 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI	100 Euros
AIDES AUDITIVES			
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
Équipements 100 % santé⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Équipements hors 100 % santé			
Prothèses auditives prises en charge par le RO		100 % TM + 410 % BR	100 % TM + 410 % BR
dans la limite par oreille de :		1 700 Euros	+ 200 Euros 1 700 Euros

	BASE		OPTION 1	
OPTIQUE				
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽⁴⁾				
Équipement 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) dès 2020			
Équipements hors 100 % santé (dont maximum 100 € pour la monture)	<i>Chez les opticiens non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens partenaires Sévéane</i>
Équipement optique : 1 monture et 2 verres				
- Verres simples	Adulte : 250 € Enfant : 300 €	Monture : 100 € Verres : 100 % des prix négociés ⁽⁵⁾	380 €	Monture : 100 € Verres : 100 % des prix négociés ⁽⁵⁾
- Verres mixtes simple-complexe	Adulte : 307,5 € Enfant : 375 €		430 €	
- Verres mixtes simple-très complexe	Adulte : 307,5 € Enfant : 375 €		440 € [*]	
- Verres complexes	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €	
- Verres mixtes complexe-très complexe	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €	
- Verres très complexes	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €	
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 150 €		100 % TM + 200 €	
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation			
Soins et prothèses hors 100 % santé :	<i>Chez les dentistes non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes partenaires Sévéane</i>
- Soins	100 % TM	100 % FR	100 % TM	100 % FR
- Inlays / Onlays	100 % TM + 25 % BR		100 % TM + 50 % BR	
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO : avec un supplément par an et par personne assurée de :	100 % TM + 150 € BR 300 Euros		100 % TM + 170 € BR 400 Euros	
Orthodontie prise en charge par le RO	100 % TM + 60 % BR		100 % TM + 230 % BR	
Implantologie dentaire par an et par personne assurée	NON GARANTI		200 Euros	
Parodontologie, par an et par personne assurée	100 Euros	200 Euros	100 Euros	200 Euros
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN				
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	INCLUS		INCLUS	

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux planchers et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verres 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 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € - Maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres 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	Minimum : 200 € - Maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture

f) équipement à :

- 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

Minimum : 200 € - Maximum : 800 €
dont 100 € au maximum pour la monture

5 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau SÉVÉANE et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires

Commentaires annexes

Limitations liées à l'optique

Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Définitions des verres simples, complexes et très complexes

Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres 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 ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; 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 sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement du RO.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

TM : Ticket modérateur

RO : Régime obligatoire de protection sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 428 € pour l'année 2020.