

LEXIQUE

100 % SANTÉ : Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

ACTES DE PRÉVENTION : Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. Les actes sont les suivants :

1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :

- l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes ;
- n'intervienne qu'une fois par dent ;
- soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14^{ème}) anniversaire.

2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectuée en deux séances maximum) (SC12).

3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4) Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- audiométrie tonale ou vocale (CDQP010),
- audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
- audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
- audiométrie tonale ou vocale (CDQP012),
- audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie (CDQP002),

6) 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 50 ans une fois tous les six (6) ans.

7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
- coqueluche : avant 14 ans,
- hépatite B : avant 14 ans,
- BCG avant 6 ans,
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
- Haemophilus influenzae B,
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS : le membre participant et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : c'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE : il s'agit de la période pendant laquelle les garanties s'appliquent partiellement ou ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES : il s'agit du présent document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations. Lorsque le membre participant, travailleur non salarié non agricole, a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, les présentes Dispositions Particulières valent Notice d'information.

GARANTIE DE BASE : il s'agit de l'ensemble des niveaux hors pack optionnel.

PRIX LIMITE DE VENTE : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente.

Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB) : régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général de la Sécurité sociale, régime Sécurité sociale des indépendants, régime des exploitants agricoles, régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace- Moselle, régimes spéciaux).

TICKET MODÉRATEUR (TM) : quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

GARANTIE DE BASE	ESSENTIA 1	ESSENTIA 2	ESSENTIA 3	ESSENTIA 4
HOSPITALISATION (y compris chirurgicale, maternité, à domicile, en établissements et unités spécialisés) ⁽¹⁾				
Frais de séjour ⁽²⁾				
Frais de séjour en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires :				
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée				
1ère année	100 %	125 %	150 %	160 %
2ème année	100 %	130 %	160 %	180 %
3ème année et suivantes	125 %	140 %	170 %	200 %
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	100 %	130 %	140 %
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) en établissement non conventionnés	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné ⁽⁴⁾				
1ère année	-	20 €	45 €	50 €
2ème année	-	25 €	50 €	55 €
3ème année et suivantes	-	30 €	55 €	60 €
Séjour accompagnant (maximum 15 jours par an)	-	-	A partir de la deuxième année 15€ / jour	A partir de la deuxième année 15€ / jour
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, maxi 15 jours par an)	-	-	A partir de la 2ème année: 5€ / jour	A partir de la 2ème année: 5€ / jour
Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, étiope, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste (Maximum par an)	-	-	20 €	50 €
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 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	100 %	100 %

GARANTIE DE BASE	ESSENTIA 1	ESSENTIA 2	ESSENTIA 3	ESSENTIA 4
CURE THERMALE (prescrite et prise en charge par le régime de base)				
Cure thermale prise en charge par le RB	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires conventionné	-	-	-	-
Honoraires hors convention	-	-	-	-
Frais d'établissement	-	-	-	-
Transport et hébergement (par an)	-	-	-	-
SERVICES OFFERTS				
Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui
Automatisation des remboursements	Oui	Oui	Oui	Oui

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.

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. 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) Seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat - Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77 - Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.oriass.fr) - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat - Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.oriass.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances. Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX - Tél : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

ACHEEL : Assureur du Contrat - Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris) – RCS Paris n°879605350 – Siège Social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris

ASSOCIATION COPERNIC POUR L'ASSURANCE ASSOCIATION (ACPA) : Souscripteur du contrat collectif - Association loi de 1901 - 76 rue de la Pompe 75116 PARIS.