

# Tableau des garanties SantéPro

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO).

Hospitalisation secteur conventionné	SP1	SP2	SP3	SP4
Frais de séjour <sup>(1)</sup>	150 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux	150 %	200 %	250 %	300 %
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière <sup>(1)</sup>	40 € /jour	50 € /jour	60 € /jour	70 € /jour
Frais accompagnant	10 € /jour	15 € /jour	20 € /jour	25 € /jour
Établissements de convalescence, de soins, de repos ou assimilés	100 % pendant 30j	100 % pendant 30j	100 % pendant 45j	100 % pendant 45j
Hospitalisation secteur non conventionné	SP1	SP2	SP3	SP4
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Maternité	SP1	SP2	SP3	SP4
Chambre particulière secteur conventionné et non conventionné par jour	30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait naissance / adoption	50 €	100 €	150 €	200 €
Dentaire	SP1	SP2	SP3	SP4
Soins dentaires acceptés / Inlays / Onlays	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires acceptées	150 %	200 %	250 %	300 %
Orthodontie acceptée par le RO	150 %	200 %	250 %	300 %
Actes non acceptés par le RO <sup>(2)</sup> :	100 €	250 €	350 €	450 €
Plafond dentaire annuel pour le poste dentaire :				
1 <sup>ère</sup> année	Aucun	800 €	1 100 €	1 400 €
2 <sup>ème</sup> année et suivantes	Aucun	1 300 €	1 600 €	1 900 €
Optique acceptée ou refusée par le RO y compris lentilles	SP1	SP2	SP3	SP4
Monture, verres, lentilles, lentilles jetables	150 €	200 €	250 €	300 €
Report 50 % si non utilisé, soit sur 2 ans <sup>(3)</sup>	225 €	300 €	375 €	450 €
Chirurgie réfractive	100 €	150 €	250 €	350 €
Soins courants	SP1	SP2	SP3	SP4
Médecins généralistes ou spécialistes	125 %	150 %	200 %	225 %
Actes de radiologie / auxiliaires médicaux / analyses	100 %	125 %	150 %	175 %
Pharmacie et vaccins pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Appareillage orthopédique / prothèse / appareillage	125 %	150 %	175 %	200 %
Appareillage auditif	125 % + 100 €	150 % + 100 €	175 % + 100 €	200 % + 100 €
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
Cure thermique prise en charge par le RO	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €
Prévention et autres soins	SP1	SP2	SP3	SP4
Vaccins anti-grippe				
Vaccins non remboursés et traitements anti-paludéens				
Ostéodensitométrie non prise en charge	20 €	30 €	40 €	50 €
Sevrage tabagique				
Bilan diététique non remboursé (1 consultation)				
Pilules contraceptives non remboursées				
Médecine naturelle (acupuncture, chiropractie, ostéopathie, naturopathie), pédicure, psychologue <sup>(4)</sup>	25 € /consultation	25 € /consultation	30 € /consultation	30 € /consultation
Services	SP1	SP2	SP3	SP4
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers-payant national	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestations d'assistance auprès d'Europ Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

• Aucun délai de stage pour toutes les formules.

• Aucun questionnaire médical.

• -5 % pour un tarif couple ; -8 % si au moins 1 enfant ; Gratuité du 3<sup>ème</sup> enfant, payant à partir du 4<sup>ème</sup>.

• L'Assureur des garanties est L'ÉQUITÉ.

• Vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement du régime obligatoire dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) - Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du code de la Sécurité Sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

• Vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement du régime obligatoire dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) - Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du code de la Sécurité Sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

(1) Établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés : au maximum 10 jours par an et par assuré. Convalescence limitée à 30 jours par an et par assuré.

(2) Implantologie, parodontie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.

(3) Si l'assuré ne perçoit aucune prestation en optique durant une année, alors le montant du forfait optique est majoré de 50 % l'année suivante, la majoration du forfait reste acquise à l'assuré tant qu'il ne perçoit pas de prestation optique.

(4) 4 consultations maximum /an /bénéficiaire.