

PRESTATIONS*	COMMU PLUS
HOSPITALISATION**	
Honoraires	
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Signataires DPTAM)	150%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Non Signataires DPTAM)	130%
Frais de séjour	100%
Forfait journalier hospitalier illimité (exclu en établissements EHPAD et MAS)	100% FR
(1) Chambre particulière, hors ambulatoire, par jour, limitée à 30j par hospi	50 €
Frais d'accompagnement par jour (enfant et adulte) limité à 20 j par hospi	10 €
Frais de location de TV (par jour limité à 36 jours par hospi)	2 €
<i>Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€</i>	oui
SOINS COURANTS	
Médicaments et Vaccins remboursés par le RO à 15%, 30% et 65%	100%
Pharmacie non remboursée par le RO sur prescription (par an)	30 €
Honoraires médicaux	
Généralistes (Signataires ou non Signataires DPTAM)	100%
Spécialistes (Signataires DPTAM)	130%
Spécialistes (Non Signataires DPTAM)	110%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (Signataires DPTAM)	130%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (Non Signataires DPTAM)	110%
Radiologie - Echographie (Signataires DPTAM)	100%
Radiologie - Echographie (Non Signataires DPTAM)	100%
Honoraires paramédicaux (Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthophonistes - Orthoptistes)	110%
Frais d'analyse et de laboratoire (Signataires ou Non Signataires DPTAM)	100%
Matériel médical (appareillages ou prothèses médicales)	100%
Frais de transport pris en charge par le RO	100%
<i>Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€</i>	oui
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION	
Chiropracteur, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Diététicien, Acupuncteur, Homéopathe, Etiopathe (praticiens diplômés), par séance	25 €
Limite annuelle et par bénéficiaire	Max 4 / an
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (par acte)	23 €
Pilule sur prescription médicale non prise en charge par le RO (par an)	50 €
Vaccin sur prescription médicale non pris en charge par le RO (par an)	30 €
Traitements nicotiniques de substitution pris en charge par le RO	100%
Forfait maternité - adoption	150 €
DENTAIRE	
Soins et prothèses du panier 100% Santé***	Remboursement Intégral
Soins et prothèses Hors 100% Santé (Panier honoraires modérés et honoraires libres)	
Soins dentaires	100%
Prothèses dentaires (par prothèse), y compris couronne sur implant	60% + 185 €
Parodontologie	100%
Appareil stellite	60% + 220 €
Bridge dentaire	60% + 450 €
Orthodontie à 100% / semestre	100% + 150 €
PLAFOND DENTAIRE APPLICABLE SUR L'ENSEMBLE DES PROTHESES DENTAIRES (PAR AN, HORS SOINS ET PROTHESES 100% SANTE). AU-DELA REMBOURSEMENT A HAUTEUR DU TM.	1 000 €
(2) OPTIQUE (tous les 2 ans)	
Equipement 100% Santé de classe A (monture + 2 verres)***	Remboursement Intégral
Equipement Hors 100% Santé de classe B	
Monture	70 €
Verres unifocaux (correction faible/forte), par verre	65€ / verre
Soit équipement optique complet unifocaux (correction faible/forte)	200 €
Verres multifocaux (correction faible/forte), par verre	90€/verre
Soit équipement optique complet multifocaux (correction faible/forte)	250 €
Soit équipement optique incluant un verre unifocal et un verre progressif	225 €
Bonus optique si non consommation 1 an après les 2 ans obligatoires	50 €
Bonus optique si non consommation 2 ans après les 2 ans obligatoires	100 €
Lentilles acceptées, refusées ou jetables (par an)	100%/Néant +100€
AIDES AUDITIVES	
Equipement 100% Santé à compter du 01/01/2021*** (tous les 4 ans)	Remboursement Intégral
Prothèses auditives (par oreille) (tous les 4 ans)	100% + 100€
CURES THERMALES	
Honoraires médicaux remboursés par le RO	100%
ACTE DE PREVENTION (conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06)	
SERVICES	
Tiers-payant généralisé / Réseau Itélis / Liaison Noémie / Assistance / Téléconsultation	inclus

(1) Limitée à 30 jours par année civile en Psychiatrie et en soins de suite ou réadaptation. Chambre particulière exclue en ambulatoire.

(2) Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de Sécurité Sociale, notamment pour les -16ans ou en cas d'évolution de la vue.

Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décompté à partir de la date de la dernière acquisition d'équipements optiques.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie couvre une prise en charge des 2 équipements

(un équipement de vision de près et un équipement de vision de loin) sur une période de 2 ans.

RO : Régime Obligatoire BR : Base de Remboursement FR : Frais réels DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires de professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM-CO : Option de pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgie orale) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

* Avant application contribution forfaitaire de 1€ franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du régime obligatoire.

Le taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément.

Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus.

Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

**Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au ticket modérateur en Etablissement Long séjour, Etablissements spécialisés, Gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...)

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire sauf mention spécifique

*** Tels que définis réglementairement. A compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles

Document non contractuel