

# GAMME COMMUNALE JEUNE (18-30 ANS)

PRESTATIONS*	Remboursement Régime Obligatoire (en % de la BR)	Remboursement SMATIS* (en % de la BR)	Remboursement TOTAL (RO + SMATIS)
<b>HOSPITALISATION**</b>			
<b>Honoraires</b>			
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Signataires DPTAM)	80%	20%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Non Signataires DPTAM)	80%	20%	100%
<b>Frais de séjour</b>	80%	20%	100%
<b>Forfait journalier hospitalier illimité</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<i>Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€</i>	Néant	oui	oui
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Médicaments et Vaccins remboursés par le RO</b>	15%, 30%, 65%	85%, 70%, 35%	100%
<b>Contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO</b>	Néant	30 €	30 €
<b>Honoraires médicaux</b>			
Spécialistes (Signataires DPTAM)	70%	50%	120%
Spécialistes (Non Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (Non Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
Radiologie - Echographie (Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
Radiologie - Echographie (Non Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
<b>Honoraires paramédicaux (Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthophonistes - Orthoptistes)</b>	70%	30%	100%
<b>Frais d'analyse et de laboratoire (Signataires ou Non Signataires DPTAM)</b>	60%	40%	100%
<b>Matériel médical (appareillages ou prothèses médicales)</b>	60%	40%	100%
Frais de transport pris en charge par le RO	65%	35%	100%
<i>Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€</i>	Néant	oui	oui
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses du panier 100% Santé***</b>		<b>Remboursement intégral</b>	
<b>Soins et prothèses Hors 100% Santé (Panier honoraires modérés et honoraires libres)</b>			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Prothèses dentaires (par prothèse), y compris couronne sur implant	60%	65%	125%
Orthodontie pris en charge par le RO / semestre	100%	300 €	100% + 300€
PLAFOND DENTAIRE APPLICABLE SUR L'ENSEMBLE DES PROTHESES DENTAIRES (PAR AN, HORS SOINS ET PROTHESES 100% SANTE). AU-DELA REMBOURSEMENT A HAUTEUR DU TM.		700 €	
<b>(2) OPTIQUE (tous les 2 ans)</b>			
<b>Équipement 100% Santé de classe A (monture + 2 verres)***</b>		<b>Remboursement intégral</b>	
<b>Équipement Hors 100% Santé de classe B</b>			
Monture	60%	50 €	50 €
Verres unifocaux - correction faible, par verre	60%	25 €	60% + 25€ / verre
Verres unifocaux - correction forte, par verre	60%	75 €	60% + 75€ / verre
Verres multifocaux (correction faible ou forte), par verre	60%	75 €	60% + 75€ / verre
Lentilles acceptées, refusées ou jetables (par an)	60%/Néant	40%/Néant + 100€	100%/Néant + 100€
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>Équipement 100% Santé à compter du 01/01/2021*** (tous les 4 ans)</b>		<b>Remboursement intégral</b>	
Prothèses auditives (par oreille) (tous les 4 ans)	100%	100%	100%
Protection auditive	Néant	10 €	10 €
<b>CURES THERMALES</b>			
Honoraires médicaux remboursés par le RO	70%	30%	100%
<b>ACTE DE PREVENTION (conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06)</b>			
<b>SERVICES</b>			
Tiers-payant généralisé / Réseau Itélis / Liaison Noémie / Assistance / Téléconsultation			inclus

(1) Forfait hospitalier : exclu en établissements EHPAD et MAS

(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.

Les 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

Age limite de souscription : 27 ans inclus

Au-delà de 30 ans, le contrat est fermé : changement de contrat obligatoire

Document non contractuel