

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX AU 01/01/2021 - INTERSPORT

GARANTIES		PERSONNEL NE RELEVANT PAS DES ARTICLES 4 ET 4 BIS Garanties au 1er janvier 2021	
		CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
		MONTANT DES PRESTATIONS	
		<i>En complément des remboursements SS et dans la limite des frais réellement engagés</i>	
Pharmacie		Ticket modérateur	
Consultations, visites Généralistes OPTAM		150% de la BR	
Consultations, visites Généralistes NON OPTAM		TM + 100% BR	
Consultations, visites Spécialistes OPTAM		300% de la BR	
Consultations, visites Spécialistes NON OPTAM		TM + 100% BR	
Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE) OPTAM		150% de la BR	
Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE) NON OPTAM		TM + 100% BR	
Actes de spécialités, actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) OPTAM		150% de la BR	
Actes de spécialités, actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) NON OPTAM		TM + 100% BR	
Auxiliaires médicaux		130% de la BR	
Analyses		140% de la BR	
Chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, étiope, psychologue		30 € par séance avec un maximum de 3 séances par an et par personne pour l'ensemble du poste	
Dentaire		Prise en charge dans la limite des Prix Limites de facturation dès 2020 soit 100% PLV - MR	
Soins et Prothèses dentaires - Panier 100% Santé (1)		350% de la BR	
Soins et Prothèses dentaires - Hors 100% Santé (Tarifs maîtrisés et tarifs libres) (1)		350% de la BR	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale		350% de la BR	
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale(1)		350% de la BR	
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité Sociale		350% de la BR	
Orthopédie		150% de la BR	
Prothèses non dentaires		150% de la BR	
Prothèses auditives jusqu'au 31/12/2020		150% de la BR	
Prothèses auditives à partir du 01/01/2021		Un équipement par oreille renouvelé tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Equipements 100% santé (Classe I) (1) - Adultes et Enfants		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV soit 100% PLV - MR	
Equipements libres(Classe II) - Adultes et Enfants		150% de la BR (limités à 1 700 € y compris SS par oreille à équiper)	
Piles et réparations remboursées par la Sécurité Sociale		100% TM	
Optique		<p><i>Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.</i></p> <p><i>A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment (2) pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0,5 sur un œil ou 0,25 sur les deux yeux.</i></p> <p><i>Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories.</i></p> <p><i>Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.(3)</i></p>	
Panier classe A : 100% Santé			
Panier 100% Santé Monture (Classe A) (1)		Remboursement intégral conformément à la réglementation (maximum 30 € la monture)	
Panier 100% Santé Verres (Classe A) (1)		Remboursement intégral conformément à la réglementation	
Panier classe B : Tarifs libres			
Monture + verres simples classe A (verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6)		420 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + verres complexes classe C (verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8)		700 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + verres hyper complexes classe F (verres multifocaux différents de la classe C)		800 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + un verre simple A et un verre complexe C		560 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + un verre simple A et un verre hyper complexe F		610 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + un verre complexe C et un verre hyper complexe F		750 € dont 100 € max pour la monture	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien		100% TM	
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale		12 % du PMSS (411,36 €) par an et par bénéficiaire	
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale			
Lentilles jetables			
Chirurgie réfractive		10 % du PMSS (342,80 €) par œil	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale			
▪ Frais de séjour		150% de la BR	
_ Honoraires médicaux et chirurgicaux OPTAM		150% de la BR	
▪ Honoraires médicaux et chirurgicaux NON OPTAM		TM + 100% BR	
▪ Chambre particulière		2,5% du PMSS (85,70 €) par jour	
▪ Forfait hospitalier		Remboursement intégral	
▪ Lit d'accompagnant (enfant moins de 12 ans)		1% du PMSS (34,28 €) par jour	
▪ Transport		Ticket modérateur	
Maternité		15% du PMSS (514,20 €)	
Chambre particulière		2,5% du PMSS (85,70 €) par jour	
Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale		10 % du PMSS (342,80 €)	

PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) en 2021 = 3 428 € / BR : Base de remboursement SS / TM : Ticket Modérateur / FR : Frais Réels / SS : Sécurité Sociale

* OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée anciennement CAS ou Contrat d'Accès aux Soins) : médecins exerçant en secteur 2 (avec dépassements) ainsi que les médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent au dépassement, ayant adhéré à l'OPTAM et s'engageant à pratiquer en moyenne des dépassements d'honoraires modérés. L'Assurance Maladie rembourse alors sur une base plus élevée, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires.

**NON OPTAM (anciennement NON CAS) : médecins exerçant en secteur 2 (avec dépassements) et n'ayant pas adhéré à l'OPTAM. Leurs tarifs restent libres et l'Assurance Maladie rembourse alors sur une base moins élevée ce qui augmente d'autant le dépassement d'honoraires.

Pour trouver le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), consultez le site <http://annuaire.sante.ameil.fr>

Document non contractuel. Ce tableau vise uniquement à rendre synthétique la lecture des garanties frais de santé. Seule la Notice d'information émise par l'organisme assureur fait foi.