

Complémentaire Santé GAN

PAS D'AVANCE
DE FRAIS
AVEC LE TIERS
PAYANT

Produit conforme 100 % santé

Les prestations versées par l'assureur dans le cadre du niveau de garanties retenu par l'adhérent, applicable tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat, indiquées dans le tableau ci-après sont exprimées en incluant les remboursements du régime obligatoire de protection sociale (RO). Elles ne s'ajoutent donc pas à ceux-ci. Le remboursement de l'assureur cumulé à celui du régime obligatoire de protection sociale intervient, dans tous les cas, dans la limite des frais réellement engagés par l'adhérent ou par ses ayants droit.

Les conditions et limites de remboursement exposées à la notice d'information valant condition générales sont prises en considération dans le décompte des remboursements dus par l'assureur.

Conformément aux dispositions de l'article 13, l'assureur prend en charge les seuls frais donnant lieu à prestation en nature de la part du RO, sauf mention particulière au tableau des garanties ci-après.

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS

BR : Base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale, telle que définie à l'article 2.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée tels que définis à l'article 2 qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par l'adhérent ou ayant droit assuré sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale.

HLF : Honoraires Limites de Facturation

PLV : Prix Limites de Vente

RO : Régime obligatoire de protection sociale.

DÉSIGNATION DES ACTES	PRESTATIONS : 100 % FR LIMITES À :			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
HOSPITALISATION (*)				
Frais de séjour	150 % BR	300 % BR	450 % BR	
Honoraires - Actes chirurgicaux	Médecin adhérent à un DPTAM	150 % BR	300 % BR	450 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier⁽¹⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	
Chambre particulière, par jour, par personne assurée* :	15 €	30 €	60 €	
<i>dans la limite par an et par personne assurée de :</i>				
• Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité, à domicile ou de jour :	45 jours			
• Hospitalisation en soins de suite, de réadaptation, de rééducation ou psychiatrie :	15 jours			
Frais d'accompagnant d'une personne assurée, par jour*	15 €	30 €	60 €	
<i>dans la limite par an et par personne assurée de</i>				
30 jours				
Hospitalisation à l'étranger (RO français)⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
<i>(*) Les frais annexes (téléphone, télévision, etc.) ne sont en aucun cas pris en charge</i>				
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (y compris en soins externes et à domicile)	Médecin adhérent à un DPTAM	150 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Radiologie - Imagerie médicale	Médecin adhérent à un DPTAM	150 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes médicaux - Petite chirurgie	Médecin adhérent à un DPTAM	150 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (y compris en soins externes et à domicile)	130 % BR	200 % BR	200 % BR	
Analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)	130 % BR	200 % BR	200 % BR	
Médicaments prescrits Les montants en € s'entendent par an et par personne assurée	Pharmacie prise en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Pharmacie non prise en charge par le RO*	20 €	40 €	60 €
	Aide au sevrage tabagique non pris en charge par le RO*	30 €	60 €	90 €
	Vaccins non pris en charge par le RO*	30 €	60 €	90 €
Matériel médical : prothèses (hors optique, dentaire, et aide auditive), orthopédie, petit et gros appareillage	150 % BR	200 % BR	250 % BR	
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris en cas d'hospitalisation)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Médecine douce non prise en charge par le RO : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, Consultation de diététicien, Psychologie, par séance*	20 €	30 €	40 €	
	<i>dans la limite par an et par personne assurée de :</i>			
			4 séances	
Cure thermale				
• Soins de cure thermale pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
• Frais d'hébergement et de transport pris en charge par le RO, sur présentation de justificatifs des frais engagés par an et par personne assurée	100 €	200 €	300 €	
AIDES AUDITIVES				
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans				
PRESTATIONS JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2020				
Aides auditives	100 % BR	150 % BR	200 % BR	
Accessoires et frais d'entretien	100 % BR			
PRESTATIONS À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2021				
Équipement 100 % santé⁽³⁾	100 % PLV			
Équipement hors 100 % santé	100 % BR	150 % BR	200 % BR	
<i>dans la limite y compris le remboursement du RO, par oreille, tous les 4 ans :</i>				
1 700 €				
Accessoires et frais d'entretien	100 % BR			

DÉSIGNATION DES ACTES	PRESTATIONS : 100 % FR LIMITES À :		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
OPTIQUE			
Lunettes : Prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de deux ans pour les adultes et enfant de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellement anticipés autorisés, sans délai) ⁽⁴⁾ .			
Équipement 100 % santé ⁽³⁾	100 % PLV		
Équipement hors 100 % santé ⁽⁵⁾ (dont maximum de 100 € pour la monture)			
* pendant les 3 premiers mois d'adhésion ou d'inscription au contrat :	100 % BR		
* au-delà des trois premiers mois d'adhésion ou d'inscription au contrat :			
Équipement à verres simples	200 €	250 €	350 €
Équipement à verres mixtes simple/complexes ou simple/très complexes	200 €	250 €	350 €
Équipement à verres complexes	200 €	300 €	400 €
Équipement à verres mixtes complexes/très complexes	200 €	300 €	400 €
Équipement à verres très complexes	300 €	400 €	500 €
Définitions des verres simples, complexes et très complexes			
Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres 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 ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.			
Verres complexes : verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; 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 sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.			
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.			
En cas d'équipement mixte (Monture 100 % Santé/Verre(s) hors 100 % Santé ou inversement), les montants indiqués ci-dessus pour un équipement hors 100 % Santé seront minorés du montant pris en charge pour la partie de l'équipement 100 % Santé correspondant à 100 % du PLV.			
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR		
Lentilles prescrites prises en charge par le RO, par an et par personne assurée	100 % BR + 50 €	100 % BR + 75 €	100 % BR + 100 €
Au-delà de ce plafond pour les lentilles prises en charge par le RO :	100 % BR		
Lentilles prescrites non prises en charge par le RO, par an et par personne assurée*	50 €	75 €	100 €
Chirurgie réfractive de l'œil et implant oculaire, non pris en charge par le RO, par œil, par an et par personne assurée*	175 €	300 €	450 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	100 % HLF		
Soins et prothèses hors 100 % santé :			
• Soins dentaires (hors Inlays/Onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Inlays/Onlays	150 % BR	170 % BR	270 % BR
• Prothèses prises en charge par le RO			
* pendant les 3 premiers mois d'adhésion ou d'inscription au contrat :	100 % BR		
* au-delà des trois premiers mois d'adhésion ou d'inscription au contrat :	230 % BR	330 % BR	430 % BR
Orthodontie prise en charge par le RO			
* pendant les 3 premiers mois d'adhésion ou d'inscription au contrat :	100 % BR		
* au-delà des trois premiers mois d'adhésion ou d'inscription au contrat :	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses non prises en charge par le RO (les prothèses pour raison esthétique sont exclues), par personne assurée et par an*	150 €	200 €	250 €
Implantologie non prise en charge par le RO (l'implantologie pour raison esthétique est exclue) par personne assurée et par an*	100 €	350 €	500 €
Parodontologie non prise en charge par le RO (la parodontologie pour raison esthétique est exclue), par personne assurée et par an*	80 €	120 €	200 €
Pour l'ensemble du poste Dentaire :			
* plafond annuel par personne assurée hors « Soins et prothèses 100 % santé » :	1 000 €	2 000 €	3 000 €
Au-delà de ce plafond :			
* pour les soins dentaires et les Inlays/Onlays pris en charge par le RO :	100 % BR		
* pour les prothèses dentaires et l'orthodontie prises en charge par le RO :	100 % BR		
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN			
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.87-2 du code de la Sécurité sociale et pris en charge par le RO	Inclus		
Assistance	Incluse (protocole K10D)		

*Les garanties sont accordées au terme de trois (3) mois d'adhésion ou d'inscription au contrat.

(1) Cette prestation concerne uniquement le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux.

(2) En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre échange), la prise en charge des honoraires et frais de séjour par l'assureur est limitée aux bases indiquées.

(3) Tels que définis réglementairement et visés à l'article R.87-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Les remboursements Optique s'entendent du RO et ticket modérateur inclus. Ils ne peuvent dépasser les frais restant à charge de l'assuré et les montants suivants :