

CEGEMA ESSENTIEL²

Tableau des garanties

A l'exception des formules Hospi et Initiale, les garanties du contrat CEGEMA ESSENTIEL² décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat CEGEMA ESSENTIEL² s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé* »).

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a). »

	Hospi	Initiale	E1	E2	E3	E4
<i>Limite d'âge à l'adhésion</i>	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
<i>Délai d'attente</i>	1 mois de délai d'attente (remboursement à 100%)		aucun	aucun	aucun	aucun
HOSPITALISATION						
Honoraires	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾		250%	200%	100%	200%
	bonus à partir de la 3 ^{ème} année ⁽¹⁾		250%	200%	+25%	+25%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour						
- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Secteur conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (par jour) ⁽³⁾⁽⁴⁾	50 € / j	50 € / j		30 € / j	40 € / j	60 € / j
	bonus à partir de la 3 ^{ème} année			+10 € / j	+10 € / j	+15 € / j
Confort Hospi et Frais accompagnant (ascendant - descendant - collatéraux) -20 jours par évènement	25 € / j	25 € / j		10 € / j	15 € / j	20 € / j
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport du malade (sauf maternité et cures)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospizen	1) En amont de l'hospitalisation, des conseils médicaux pratiques, administratifs et de bien-être. 2) A tout moment, l'expertise d'une équipe de professionnels de santé pour s'informer sur sa situation individuelle. 3) Un diagnostic personnalisé en fonction de son environnement familial, géographique et socio-économique pour planifier les services à domicile.					
Hospitalisation de plus de 24h	Forfait de 250 € pour des services et aide à domicile. Ces services et aides peuvent être : auxiliaire de vie, aide ménagère, portage de repas, assistance aux animaux de compagnie, livraison de courses, bien-être à domicile...					
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾		100%	100%	125%	150%
- Médecins généraliste et spécialiste	bonus en 2 ^{ème} année ⁽¹⁾		100%	100%	+25%	+25%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	bonus à partir de la 3 ^{ème} année ⁽¹⁾		100%	100%	+50%	+50%
- Radiologie - Imagerie - Echographie			100%	100%	125%	150%
Honoraires paramédicaux			100%	100%	125%	150%
Analyses et examens de laboratoire			100%	100%	125%	150%
Médicaments	- remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%		100%	100%	100%	100%
Matériel médical	- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%
	bonus à partir de la 2 ^{ème} année			+30 € / an	+50 € / an	+70 € / an
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale	bonus à partir de la 3 ^{ème} année		100%	+100 € / an	+100 € / an	+100 € / an
Actes de Prévention (actes prévus dans le cadre des contrats responsables)			100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale				10 € / an	20 € / an	30 € / an
Médecine complémentaire (acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues)				30 € / an	40 € / an	60 € / an
OPTIQUE						
Equipements 100% Santé* :	Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) Renouvellement tous les 2 ans (c)					
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Verres de classe A			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)			100%	30 €	50 €	80 €
Equipements hors 100% Santé* :	Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Le remboursement de la monture est plafonné à 100 € - Une monture de classe B avec deux verres simples de classe B - Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B					
			100%	100 €	125 €	150 €
			100%	200 €	225 €	250 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾			100%	100%	100%	100%
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾				50 € / an	80 € / an	100 € / an
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé*	- Prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé (a))					
			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé (a))	100%		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé*	- Prothèses dentaires hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres					
			100%	125%	150%	200%

Le tableau de garantie faisant foi pendant toute la durée de l'adhésion est strictement celui joint aux conditions particulières remises au client après acceptation et enregistrement de sa demande d'adhésion ou de sa demande d'avenant.

	Hospi	Initiale	E1	E2	E3	E4
Soins						
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	125%	150%
- Inlays-onlays ou Inlays-cores remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres		100%	100%	100%	125%	150%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES						
Equipements 100% Santé*						
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I (e) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% Santé*						
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d)			100%	100%	100%	100%
ASSISTANCE & SERVICES						
Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ⁽⁶⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

LEXIQUE

- **OPTAM ou OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- **Rbt Intégral** : Remboursement Intégral
- **Verre simple** : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- **Verre complexe** : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif
- **Verre très complexe** : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

(1) En cas de remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels non OPTAM - OPTAM-CO, la prise en charge des professionnels ayant adhéré à l'OPTAM doit être supérieure. Cette différence doit être au moins égale à 20 % par rapport au tarif de base de la prestation. Cette différence reste applicable en cas de bonus à l'ancienneté.

(2) Hors régime local Alsace Moselle

(3) Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré.

(4) Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, assimilés, diététique, gériatrie et cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.

(5) au - delà remboursée à 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale

(6) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.

INFORMATIONS 100% SANTÉ*

* telles que définies réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + CEGEMA ESSENTIEL²) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés en euros y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.