

Garanties Génération Santé GENERALI



PAS D'AVANCE
DE FRAIS
AVEC LE TIERS
PAYANT

PRODUIT CONFORME 100 % SANTÉ

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et les prestations sont exprimées en % de la base de remboursement du Régime Obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels.

Les montants en euros figurant dans ce tableau représentent des plafonds et intègrent le remboursement éventuel du RO, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

En l'absence d'indication contraire, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	
HOSPITALISATION					
Frais de séjour en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	
HONORAIRES					
Soins en secteur conventionné adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	150 %	200 %	250 %	
Soins en secteur conventionné non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	130 %	180 %	200 %	
Soins en secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	
Forfait journalier Hospitalier⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière⁽³⁾	-	45 €/j	55 €/j	65 €/j	
Frais d'accompagnement⁽³⁾	-	15 €/j	15 €/j	15 €/j	
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations - Actes techniques médicaux Médecins généralistes, spécialistes, Sages femmes, adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	
Consultations - Actes techniques médicaux Médecins généralistes, spécialistes, Sages femmes, non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	105 %	130 %	150 %	
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	
Radiologie					
adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	
non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100 %	100 %	105 %	130 %	
Transport	100 %	100 %	150 %	150 %	
MATÉRIEL MÉDICAL					
Petit et gros appareillages	100 %	125 %	150 %	175 %	
Fauteuil roulant ⁽⁴⁾ - Limité à un remboursement tous les 2 ans	350 €	400 €	450 €	500 €	
MÉDICAMENTS					
Médicaments remboursés par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	
OPTIQUE⁽⁵⁾⁽⁶⁾					
Équipements de Classe A	Frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente en vigueur				
Équipements de Classe B	Équipement avec au moins un verre simple	100 %	125 €	175 €	250 €
	Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	250 €	350 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 %	100 %	100 %	100 %	
Lentilles acceptées ou refusées (y compris lentilles jetables) ⁽⁷⁾	100 %	50 €	75 €	100 €	

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ (*)	Frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente en vigueur			
HORS 100 % SANTÉ				
SOINS				
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays - Onlays et parodontologie remboursés par le RO	100 %	100 %	150 %	150 %
PROTHÈSES				
Prothèses remboursées par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %
Implantologie remboursée par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %
Plafond annuel par bénéficiaire (hors soins)	-	700 € Au-delà 100 %	850 € Au-delà 100 %	1000 € Au-delà 100 %
AIDES AUDITIVES				
HORS 100 % SANTÉ				
Prothèse auditive	100 %	125 %	150 %	175 %
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ à compter du 01/01/2021(*) (6)				
Dispositifs de « classe I »	Frais Réels dans la limite du Prix Limite de Vente en vigueur			
Dispositifs de « classe II »	100 %	125 %	150 %	175 %
Accessoires	100 %	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES				
Soins et honoraires de surveillance	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport par an par bénéficiaire	-	50 €	100 €	150 €
MATERNITÉ				
Forfait naissance (6)	-	100 €	150 €	200 €
MÉDECINES DOUCES ET AUTRES PRESTATIONS				
Médecines naturelles : Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, étioopathe, chiropracteur, sophrologue, podologue, hypnothérapeute.				
Acte d'ostéodensitométrie non remboursé	-	50 €	70 €	90 €
Vaccins non pris en charge par les régimes de base obligatoires				
Pharmacie non remboursée ayant fait l'objet d'une ordonnance (sur présentation de la facture acquittée)				

(*) tels que définis réglementairement :

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder, à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, et à partir de 2021, en aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties que vous avez choisi.

- Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées qui prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM, OPTAM-CO) ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire afin de les accompagner dans la réduction des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées est limitée à 100% du tarif opposable et doit obligatoirement être inférieure d'au moins 20% à celle des dépassements d'honoraires des médecins ayant souscrit l'option.
- Prise en charge illimitée du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Le forfait journalier facturé pour les séjours dans des unités de soins de longue durée (USLD), par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.
- Durée illimitée en médecine, chirurgie et obstétrique. Limitée à 30 jours par an pour les séjours en convalescence, rééducation, réadaptation fonctionnelle (SSR). La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : Psychiatrie, neuropsychiatrie, assimilés, gériatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, et en unités de soins de longue durée (USLD).
- Le forfait «fauteuil roulant» est versé en sus du remboursement éventuel du RO dans la limite des frais réels.
- La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. La période de renouvellement de 2 ans s'apprécie à compter de la date de l'équipement. A partir du 1^{er} janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, l'assuré pourra choisir entre un équipement de classe A (offre sans reste à charge avec des prix réglementés) et un équipement de classe B (tarifs libres). Un équipement de classe A comprend les montures d'un prix inférieur ou égal à 30 € et une sélection de verres traitant l'ensemble des troubles visuels ainsi que leur amincissement en fonction du trouble, leur durcissement pour éviter les rayures et leur traitement anti-reflet. Un équipement de classe B comprend une proposition de verres et de montures aux tarifs libres remboursés à hauteur de la garantie avec un plafond de 100 € pour la monture. Le patient a également la possibilité de « panacher » l'équipement optique

qu'il souhaite acquérir, c'est-à-dire de choisir des verres sans reste à charge (classe A) et une monture en dehors du panier 100% Santé (classe B) et inversement. Toutefois, la prise en charge ne pourra pas excéder le montant de la garantie prévue pour un équipement de classe B.

- 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 sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; 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 S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- Forfait annuel par an et par bénéficiaire s'ajoutant au remboursement éventuel du RO. Pour la Formule 1, seules les lentilles acceptées sont prises en charge.
- A compter du 1^{er} janvier 2021, les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par votre contrat, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Pour les autres aides auditives (tarif libre) la prise en charge sera limitée à hauteur de la garantie dans la limite maximum de 1 700 € par aide auditive. Ce plafond intègre le remboursement du RO. Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et des prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, adaptation et réglage de l'appareil, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil). En outre, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.
- Sous réserve de l'inscription de l'enfant sur la police de l'assuré.



PRODUIT CONFORME 100 % SANTÉ

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION					
Forfait Journalier	Dépense ⁽¹⁾	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	0 € 20 €	0 € 20 €	0 € 20 €	0 € 20 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	271,70 € 0 €	271,70 € 83,30 €	271,70 € 83,30 €	271,70 € 83,30 €
Reste à charge		83,30 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	431 €	431 €	431 €	431 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	271,70 € 0 €	271,70 € 81,51 €	271,70 € 159,30 €	271,70 € 159,30 €
Reste à charge		159,30 €	77,79 €	0 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % Santé)	Dépense ⁽³⁾	125 €	125 €	125 €	125 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	22,50 € 102,50 €	22,50 € 102,50 €	22,50 € 102,50 €	22,50 € 102,50 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Dépense ⁽³⁾	345 €	345 €	345 €	345 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	0,09 € 0,09 €	0,09 € 125 €	0,09 € 175 €	0,09 € 250 €
Reste à charge		344,82 €	219,91 €	169,91 €	94,91 €
DENTAIRE					
Détartrage	Dépense ⁽⁴⁾	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	20,24 € 8,68 €	20,24 € 8,68 €	20,24 € 8,68 €	20,24 € 8,68 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % Santé)	Dépense ⁽⁵⁾	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	84 € 416 €	84 € 416 €	84 € 416 €	84 € 416 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	84 € 36 €	84 € 96 €	84 € 156 €	84 € 216 €
Reste à charge		418,70 €	358,70 €	298,70 €	238,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursements				
	Sécurité sociale APRIL	75,25 € 32,25 €	75,25 € 86 €	75,25 € 139,75 €	75,25 € 193,50 €
Reste à charge		431,20 €	377,45 €	323,70 €	269,95 €

(1) Tarif réglementaire

(2) Prix moyen national de l'acte

(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel

(5) Honoraire limite de facturation

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives de classe I par oreille	Dépense ⁽³⁾	950 €	950 €	950 €	950 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	240 €	240 €	240 €	240 €
		APRIL	710 €	710 €	710 €	710 €
Reste à charge		0 €	0 €	0 €	0 €	
Aide auditive de classe II par oreille	Dépense ⁽²⁾	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	240 €	240 €	240 €	240 €
		APRIL	160 €	260 €	360 €	460 €
Reste à charge		1076 €	976 €	876 €	776 €	

SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	25 €	25 €	25 €	25 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
		APRIL	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
Reste à charge		1 €	1 €	1 €	1 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	30 €	30 €	30 €	30 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	20 €	20 €	20 €	20 €
		APRIL	9 €	9 €	9 €	9 €
Reste à charge		1 €	1 €	1 €	1 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽²⁾	44 €	44 €	44 €	44 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	20 €	20 €	20 €	20 €
		APRIL*	9 €	14,75 €	20,50 €	23 €
Reste à charge		15 €	9,25 €	3,50 €	1 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAMCO)	Dépense ⁽²⁾	56 €	56 €	56 €	56 €	
	Remboursements	Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
		APRIL	6,90 €	8,05 €	13,80 €	18,40 €
Reste à charge		34 €	32,85 €	27,10 €	22,50 €	

(1) Tarif réglementaire

(2) Prix moyen national de l'acte

(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel

(5) Honoraire limite de facturation

* Le remboursement du dépassement d'honoraires est calculé sur la base de remboursement fixé à 23 €. En effet, la majoration de 2 € n'inclut pas de dépassement d'honoraires.

Comprendre 1 € de reste à charge

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées au 01/01/20 par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat :

- 1 € / consultation, acte technique et analyse biologique
- 0,50 € / boîte de médicaments, et par acte paramédical
- 2 € / transport sanitaire

Qu'est-ce que le DPTAM ?

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.