

Les garanties du contrat CEGEMA CONFORT décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat CEGEMA CONFORT 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 ainsi que des « Prix Limites de Vente » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

CEGEMA CONFORT

RESPONSABLE 100% SANTÉ* COMPATIBLE

RESPONSABLE 100% SANTÉ* COMPATIBLE		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
HOSPITALISATION									
Honoraires	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	400%
	hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	130%	155%	180%	200%	200%	200%
Frais de séjour	Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ - Durée illimitée		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres frais									
- Chambre particulière ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ - Forfait par journée		-	30 €	40 €	60 €	60 €	60 €	80 €	100 €
- Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet (20 jours par événement)		-	5 €/j	5 €/j	10 €/j	15 €/j	15 €/j	20 €/j	25 €/j
- Transport du malade		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS COURANTS									
Honoraires médicaux									
- Médecins généralistes et spécialistes ⁽⁵⁾									
- Radiologie - Imagerie - Echographie									
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)									
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO		100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	400%
hors OPTAM ou OPTAM-CO		100%	100%	130%	155%	180%	200%	200%	200%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux		100%	100%	150%	200%	200%	250%	250%	250%
Analyses et examens de laboratoire		100%	100%	150%	200%	200%	250%	250%	250%
Médicaments et homéopathie									
- Remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30%,15%		100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%
Cures thermales									
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prévention									
- Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		100%	30 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €
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 2 verres simples		100%	100 €	150 €	200 €	250 €	250 €	250 €	350 € (f)
- Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe		100%	200 €	250 €	300 €	350 €	350 €	350 €	450 €
Lentilles de contact									
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE									
Soins									
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale		100%	125%	150%	175%	200%	200%	250%	250%
- Inlays - onlays 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%	125%	150%	175%	200%	200%	250%	250%
- Inlays - core 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%	150%	175%	200%	250%	250%	300%	400%
Orthodontie									
- Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Soins et prothèses 100% Santé*									
- Actes prothétiques et inlays-cores 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	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé*									
- Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres		100%	150%	175%	200%	250%	250%	300%	400%
Plafond annuel de remboursement Prothèses hors panier de soins 100% Santé					1 000 €	1 200 €	1 200 €	1 400 €	1 400 €
AIDES AUDITIVES									
Equipements 100% Santé*									
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I 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	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) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d).		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ASSISTANCE									
Assistance		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation médicale 7j/7 24h/24 NOUVEAU		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICES									
Carte Blanche : tiers payant, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ^(a)		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

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.

CEGEMA CONFORT

Renforts

Encore **+ DE CONFORT** grâce aux **4 RENFORTS** cumulables



Délai d'attente spécifique aux renforts : 1 mois



RENFORT FAMILLE + (à partir de la formule C2, limite d'âge : jusqu'à 59 ans inclus)

NOUVEAU
Renfort FAMILLE +

Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale	en 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année d'assurance en 3 ^{ème} année d'assurance	+300 € /semestre soit 600 € /an +400 € /semestre soit 800 € /an
Assistance à la procréation et Examen d'amniocentèse		200 € /an
Allocation maternité et adoption		250 € /enfant
Prévention : vaccins, contraception, sevrage tabagique, traitement anti paludéen pour les voyages, troubles de l'audition, glucomètre, auto tensiomètre, tests de dépistage non remboursés par la Sécurité sociale (cancers col de l'utérus, colon et sein) et dépistage de l'ostéoporose		50 € /an
Matériel médical : complément petit et gros appareillage		+150 € /an



RENFORT HONORAIRES + à partir de la formule C3 (garantie non responsable)

	C3	C4	C5	C6	C7	C8
HOSPITALISATION						
Honoraires <i>hors OPTAM ou OPTAM-CO</i>	+20%	+20%	+20%	+50%	+100%	+200%
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux - Médecins généraliste et spécialiste - Radiologie - Imagerie - Echographie - Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) <i>hors OPTAM ou OPTAM-CO</i>	+20%	+20%	+20%	+50%	+100%	+200%



RENFORT CONFORT + (à partir de la formule C2)

Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale	+ 50 € /an
Médecines complémentaires non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathes, pédicures, podologues, acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues, diététiciens	+ 80 € /an
Forfait dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	+ 250 € /an
Forfait Optique - Equipement	+ 100 €



RENFORT HOSPI + (à partir de la formule C2)

HOSPITALISATION	
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM/OPTAM-CO	+ 25%
Chambre particulière	+ 40 €
Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet	+ 10 €

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) Hors régime local Alsace Moselle.
- (2) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.

Exclusions et limitations de garantie

- (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, diététique, gériatrie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.
- (5) La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie est limitée à 6 séances ; à partir de la 7^{ème}, seul le ticket modérateur sera remboursé.

Délai de carence

Sans délai d'attente sur les 8 formules de base ; 1 mois pour tous les renforts.

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 CONFORT) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage 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 équiper.

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

(f) Dans la limite du plafond de 420 € pour des verres simples.