

VOS GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux



PROFIL'R CO

IDCC 573 - Commerce de gros – Régime de base obligatoire F1

Garanties applicables au 1^{er} août 2020

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
SOINS COURANTS	
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes	
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	140 % BR – SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR – SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR – SS
Honoraires paramédicaux	
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR - SS
Autres soins courants	
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS
Médicaments	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR - SS
Matériel médical	
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	125 % BR – SS

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE*
HOSPITALISATION	
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité	
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	140 % BR – SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR – SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	140 % BR – SS
Forfait journalier hospitalier	
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation	
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR
Chambre particulière – hors hospitalisation ambulatoire – y compris maternité	30 €/jour
Chambre particulière – hospitalisation ambulatoire ⁽³⁾	20 €/jour

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE*
OPTIQUE⁽¹⁾	
Équipements verres et monture : deux classes d'équipement	
Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement	
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture	
Verres et monture de CLASSE B	
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.	
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	150 € dont 60 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	250 € dont 60 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	270 € dont 60 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique	
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽³⁾	100 €

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

(2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

PRESTATIONS GARANTIES		REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
DENTAIRE⁽¹⁾		
Soins et prothèses : trois paniers de soins		
Soins et prothèses 100% Santé		
Panier 100% Santé tels que définis réglementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Soins		
Soins des paniers modéré et libre		100 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre		150 % BR - SS
Prothèses		
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS		200 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS		170 % BR - SS
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable aucun remboursement.		
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽³⁾		170 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.		
Orthodontie prise en charge par la SS		170 % BR - SS

(1) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.

(2) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.

(3) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information.

PRESTATIONS GARANTIES		REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾		
Aides auditives : deux classes d'équipements		
Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement		
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% santé
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.		
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽²⁾		
Appareil auditif		100 % BR - SS
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS		100 % BR - SS

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(2) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
PRÉVENTION	
Kit confort⁽¹⁾⁽²⁾ :	
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue	15 €/séance 3 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	20 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾	20 €

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre notice d'information. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.