

## VOS GARANTIES

### Régime complémentaire frais médicaux



## PROFIL'R CO

### IDCC MÉTAL – Régime de base obligatoire F3

Garanties applicables au 1<sup>er</sup> août 2020

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE*
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	150 % BR - SS
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie : Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	250 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	150 % BR - SS
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	150 % BR - SS
<b>Autres soins courants</b>	
Frais de transport pris en charge par la SS	150 % BR - SS
<b>Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR - SS
<b>Matériel médical</b>	
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en euros <sup>(3)</sup>	500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	250 % BR - SS

(1) Le site [ameli.fr](http://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 *
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité</b>	
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	250 % BR – SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	200 % BR – SS
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	200 % BR – SS
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR
<b>Autre frais d'hospitalisation</b>	
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	70 €/jour
Chambre particulière – hospitalisation ambulatoire <sup>(3)</sup>	50 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières <sup>(4)</sup>	20 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) <sup>(5)</sup>	35 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours remboursement dès le 15 <sup>e</sup> jour <sup>(6)</sup>	5 €/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.

(4) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.

(5) Limite à 15 jours par hospitalisation.

(6) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.


PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
<b>OPTIQUE<sup>(1)</sup></b>	
<b>Équipements verres et monture : deux classes d'équipement</b>	
<b>Équipements 100% Santé</b> tels que définis réglementairement	
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
<b>Autres équipements</b> – Forfait pour deux verres et une monture	
Verres et monture de CLASSE B	
<b>Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.</b>	
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) <sup>(2)</sup>	250 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) <sup>(2)</sup>	480 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) <sup>(2)</sup>	540 € dont 100 € maxi monture
<b>Autres dispositifs de correction optique</b>	
Lentilles prises en charge ou non par la SS <sup>(3)</sup>	175 €
Chirurgie réfractive <sup>(4)</sup>	350 €/œil

(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.

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

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
<b>DENTAIRE<sup>(1)</sup></b>	
<b>Soins et prothèses : trois paniers de soins</b>	
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b>	
Panier 100% Santé tels que définis réglementairement	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
<b>Soins</b>	
Soins des paniers modéré et libre	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	300 % BR - SS
<b>Prothèses</b>	
<b>Devis obligatoire pour tout acte &gt; à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.</b>	
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles <sup>(2)</sup> ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	380 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles <sup>(2)</sup> des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	300 % BR - SS
<b>Devis obligatoire pour tout acte &gt; à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.</b>	
Prothèses non prises en charge par la SS <sup>(3)</sup>	300 % BR
<b>Autres dispositifs dentaires</b>	
<b>Devis obligatoire pour tout acte &gt; à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.</b>	
Orthodontie prise en charge par la SS	380 % BR - SS
<b>Devis obligatoire pour tout acte &gt; à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.</b>	
Orthodontie non prise en charge par la SS <sup>(4)</sup>	230 % BR
Parodontologie non prise en charge par la SS <sup>(5)</sup>	150 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS <sup>(5)</sup>	60 €
<b>Devis obligatoire pour tout acte &gt; à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.</b>	
Forfait implantologie <sup>(5)</sup>	250 €/implant 2 implants maxi


(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.

(4) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information.

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

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(1)</sup></b>	
<b>Aides auditives : deux classes d'équipements</b>	
<b>Équipements 100% Santé</b> tels que définis réglementairement	
Équipement de CLASSE I	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% santé
<b>Devis obligatoire pour tout acte &gt; à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.</b>	
<b>Autres équipements</b>	
Équipement de CLASSE II <sup>(2)</sup>	
Appareil auditif	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en €/oreille	800 €/oreille
<b>Autres dispositifs auditifs</b>	
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 *
<b>PRÉVENTION</b>	
<b>Kit confort<sup>(1)(2)</sup> :</b>	
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue	30 €/séance 3 Séances maxi
Sevrage tabagique <sup>(1)</sup> - 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)	45 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS <sup>(1)</sup>	45 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie <sup>(1)(3)</sup>	30 €

(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.

(3) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
<b>MATERNITÉ/CONTRACEPTION</b>	
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	200 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS et limitées à 2 <sup>(1)</sup>	100 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS <sup>(1)</sup>	100 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS <sup>(1)</sup>	60 €

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

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE *
<b>PACK ALLOCATIONS</b>	
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge <sup>(1)</sup>	200 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans (limitée au reste à charge)	1 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré <sup>(2)(3)</sup>	500 €

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur.

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

(3) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

#### 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.