

UPESE SANTE

Contrat santé n° 003028/001 assuré par APICIL MUTUELLE
Garanties applicables au 01/01/2020

REGIME INTERMEDIAIRE

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*
SOINS COURANTS	
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale	125 % 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⁾	145 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	125 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	125 % BR - SS
Honoraires paramédicaux	
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	125 % BR - SS
Autres soins courants	
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS
Médicaments	
Pharmacie remboursable sauf taux à 15 %	100 % BR - SS
Matériel médical	
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	125 % BR - SS
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.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*
HOSPITALISATION	
Honoraires chirurgicaux et médicaux sauf maternité	
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	220 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	200 % 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 y compris maternité ⁽³⁾	46 €/jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	0,3 % PMSS/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 à 1 an par bénéficiaire pour toute la vie de l'adhésion en risque psychiatrie et convalescence.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*
OPTIQUE⁽¹⁾	
Equipements Verres et monture : deux classes d'équipement	
Equipements 100% SANTE 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	
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	225 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	225 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	225 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique	
Lentilles prises en charge par la SS ⁽³⁾	3,5 % PMSS
Lentilles non prises en charge par la SS ⁽⁴⁾	2 % PMSS

(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 REGIME COMPLEMENTAIRE*
DENTAIRE⁽¹⁾	
Soins et prothèses : trois paniers de soins	
Soins et prothèses 100% SANTE	
Panier 100% SANTE tels que définis réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% santé
Soins	
Soins et inlays-onlays des paniers modéré et libre	125 % BR - SS
Prothèses	
Devis obligatoire pour toute facture > à 2 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.	
Prothèses fixes, inlay-core ou appareils dentaires amovibles pris en charge par la SS des paniers modéré et libre	150 % BR - SS
Plafond de remboursement dentaire 1 ^{re} et 2 ^e années ⁽³⁾ : prothèses prises en charge par la SS	457,35 €
Plafond de remboursement dentaire les années suivantes ⁽³⁾ : prothèses prises en charge par la SS	914,69 €
Devis obligatoire pour toute facture > à 2 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.	
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽²⁾	100 % BR
Autres dispositifs dentaires	
Devis obligatoire pour toute facture > à 2 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.	
Orthodontie prise en charge par la SS	150 % BR - SS
Plafond de remboursement dentaire 1 ^{re} et 2 ^e années ⁽³⁾ : orthodontie prise en charge par la SS	457,35 €
Plafond de remboursement dentaire les années suivantes ⁽³⁾ : orthodontie prise en charge par la SS	914,69 €
Devis obligatoire pour toute facture > à 2 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.	
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽²⁾	100 % BR

(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) Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information.

(3) Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾	
Aides auditives : deux classes d'équipements	
Equipement 100% SANTE tels que définis réglementairement	
Equipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% santé
Autres équipements	
Equipement de CLASSE II ⁽²⁾	
Appareil auditif	125 % 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 REGIME COMPLEMENTAIRE*
PRESTATIONS ELARGIES	
Maternité :	
Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 5 ans	15 % PMSS
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽¹⁾	10 % PMSS
Allocation obsèques en cas de décès par accident de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans (limitée au reste à charge)	762,25 €

(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.

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.