

**COMPLÉMENTAIRE
 FRAIS DE SOINS « RESPONSABLE »
 ANNEXE DES GARANTIES SANTHIA**

Les dispositions suivantes font partie intégrante des Conditions Générales "Complémentaire Frais de Soins" n°30598.

Détail des garanties

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-dessous, en fonction de la formule que vous avez choisie et qui est indiquée sur vos Conditions Particulières.

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

		Formules						
		1	2	3	4	5	6	7
HOSPITALISATION	En établissement conventionné							
	<ul style="list-style-type: none"> Frais de séjour, transfusion sanguine, salle d'opération Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - DPTAM* Forfait journalier hospitalier Chambre particulière** (jusqu'à 150 €/jour), lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an) Honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens - non DPTAM * 	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - DPTAM *	100%	200%	200%	200%	200%	200%	200%
	En établissement non conventionné (tous postes confondus) - non DPTAM *	100%	150%	150%	150%	150%	150%	150%
SOINS COURANTS	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie - DPTAM *	100%	130%	130%	130%	130%	130%	130%
	Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – non DPTAM *	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
	Actes d'auxiliaires médicaux, analyses	100%	100%	100%	105 %	130%	180%	200%
	Appareils auditifs, orthopédie	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
	Transport du malade	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Hospitalisation à domicile	100%	-	-	-	-	-	-
PHARMACIE	Médicaments (et homéopathie) remboursés par le Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OPTIQUE	Verres, montures, lentilles, acceptées par le Régime Obligatoire	100%	-	-	-	-	-	-
	Forfait équipement optique tous les 2 ans et par assuré :							
	• verres simples et monture acceptés par le Régime Obligatoire,	-	50 €	80 €	120 €	160 €	200 €	310 €
	à compter de la 3ème année d'assurance	-	50 €	100 €	140 €	180 €	220 €	340 €
	à compter de la 5ème année d'assurance	-	50 €	120 €	160 €	200 €	240 €	370 €
	• verres complexes et monture acceptés par le Régime Obligatoire,	-	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	310 €
	à compter de la 3ème année d'assurance	-	200 €	220 €	230 €	240 €	250 €	340 €
	à compter de la 5ème année d'assurance	-	200 €	240 €	250 €	260 €	270 €	370 €
	Au sein du forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans et le remboursement maximum de la monture est de 150 euros							
	Forfait optique annuel et par assuré :							
• Lentilles (remboursées ou non par le Régime Obligatoire), chirurgie laser de l'œil	-	50 €	80 €	120 €	160 €	200 €	310 €	
à compter de la 3ème année d'assurance	-	50 €	100 €	140 €	180 €	220 €	340 €	
à compter de la 5ème année d'assurance	-	50 €	120 €	160 €	200 €	240 €	370 €	
DENTAIRE	Consultations et soins dentaires	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
	Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le Régime Obligatoire :							
	- à la prise d'effet de l'adhésion							
	- à compter de la 3ème année d'assurance				130%	160%	200%	240%
	- à compter de la 5ème année d'assurance				145%	180%	220%	260%
					160%	200%	240%	280%
Plafond par an et par assuré :								
- pour les 2 premières années d'assurance	500 €	600 €	700 €	800 €	1 000 €	1 500 €	1 800 €	
- à compter de la 3ème année d'assurance								

Autres prestations

CURE THERMALE	Soins remboursés par le Régime Obligatoire + Forfait par an et par assuré	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
MATERNITE	Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins			100 €	120 €	150 €	175 €	200 €
SEVRAGE TABAGIQUE	Forfait**** par an et par assuré	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
FRAIS D'OBSEQUES	Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans		500 €	500 €	500 €	500 €	750 €	750 €
ASSISTANCE	Assistance au quotidien		incluse	incluse	incluse	incluse	incluse	incluse
GARANTIE BIEN ETRE	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non remboursés par le Régime Obligatoire (garantie par an et par assuré)	Si pack Optique et Dentaire souscrit						100 € (tous actes confondus)
PREVENTION	Prise en charge des actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus

« ... % » signifie : « ...% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul ».

Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

*DPTAM : médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO),

Non DPTAM : médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO), les professionnels de santé conventionnés signataires de ces dispositifs s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

**La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires,...

***Remboursement des traitements nicotiques de substitution (patchs, comprimés, gommés) en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sur présentation de la copie de la prescription du médecin et de l'original de la facture du pharmacien.

Pack Optique-Dentaire et Bien-être

	Renfort équipement optique	Renfort prothèses dentaires	Prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie)	Garantie Bien-être
NIVEAU 1	+ 20 €	+ 20%	100 € /an	50 €/an
NIVEAU 2	+ 40 €	+ 40%	200 € /an	100 €/an
NIVEAU 3	+ 60 €	+ 60%	300 € /an	150 €/an
NIVEAU 4	+ 80 €	+ 80%	400 € /an	200 €/an

La souscription d'un Pack Optique-Dentaire et Bien-être sur la Formule 1 rend le contrat non responsable.

Pack Assistance hospitalière

NIVEAU ECO	Recevez 8 € par jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 ^{ème} jour en cas de maladie (max 365 jours)
NIVEAU 1	Recevez 15 € par jour à compter du 4 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)
NIVEAU 2	Recevez 15 € par jour à compter du 1 ^{ème} jour d'hospitalisation (max 365 jours)

Pack Eco-Pharma

ECO-PHARMA	Faites des économies et consommez responsable en choisissant de vous faire rembourser par AVIVA uniquement les médicaments les plus efficaces
-------------------	---