

Prestations en vigueur au 01/09/2019. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire. Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

SÉCURITÉ SOCIALE	PECHE1	PECHE2	PECHE3
------------------	--------	--------	--------

## SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX (4) Si le médecin a adhéré à l'OPTAM* ou OPTAM-CO**	70 % / 100 %	100%	150%	200%
HONORAIRES MÉDICAUX (4) Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM* ou OPTAM-CO**	70 % / 100 %	100%	130%	180%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	60 % / 100 %	100%	150%	200%
ANALYSES ET EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE	60 % / 100 %	100%	150%	200%
BIOLOGIE NON REMBOURSÉE (1) (10)	RIEN	RIEN	50 € / an	75 € / an
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24€ SUR LES ACTES >120€	RIEN	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS
MÉDICAMENTS	15%/30%/65%/70%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL remboursé SS : petit, grand appareillage et fauteuils roulants (1)	60 % / 100 %	100%	150% + 100 € / an	150% + 150 € / an
MATÉRIEL MÉDICAL non remboursé SS (1) (9) (10)	RIEN	40 € / an	120 € / an	160 € / an

## AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ Classe I de la nomenclature dans la limite du PLV*** (1bis)	60%	100% jusqu'au 31/12/2020 À partir de 2021 : Frais Réels	100% + 500 € par oreille au-delà du TM jusqu'au 31/12/2020 À partir de 2021 : Frais Réels	100% + 750 € par oreille au-delà du TM jusqu'au 31/12/2020 À partir de 2021 : Frais Réels
ÉQUIPEMENT Classe II de la nomenclature (1bis) Jusqu'au 31/12/2020, les tarifs de vente sont libres. A partir de 2021, limités au PLV*** par oreille	60%	100%	100% + 500 € par oreille au-delà du TM	100% + 750 € par oreille au-delà du TM
ACCESSOIRES et ENTRETIEN PROTHÈSES AUDITIVES remboursés par le Régime Obligatoire	60%	100%	100%	100%
PILES APPAREILS AUDITIFS (non remboursés RO) (1) (10)	RIEN	X	100 € / an	150 € / an

## HOSPITALISATION

<b>Hospitalisation Médicale, Chirurgicale et Maternité</b>				
HONORAIRES (4) Si le médecin a adhéré à l'OPTAM* ou OPTAM-CO**	80% / 100 %	100%	150%	200%
HONORAIRES (4) Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM* ou OPTAM-CO**	80% / 100 %	100%	130%	180%
FRAIS DE SÉJOUR, AUXILIAIRES MÉDICAUX ET EXAMENS DE BIOLOGIE	80% / 100 %	100%	200%	250%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES >120 €	RIEN	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (illimité, tarif en vigueur)	RIEN	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS
CHAMBRE PARTICULIÈRE y compris ambulatoire illimitée	RIEN	RIEN	50 € / jour	70 € / jour
FORFAIT FRAIS TV / FORFAIT OUVERTURE TÉLÉPHONE non intégrés dans la chambre particulière (limité 30jours /an) (1) (10)	RIEN	RIEN	6 € / jour	9 € / jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT adulte de plus de 65 ans	RIEN	RIEN	25 € / jour	35 € / jour
TRANSPORTS REMBOURSÉS PAR LA CPAM	65 % / 100 %	100%	100%	100%
TRANSPORTS NON REMBOURSÉS PAR LA CPAM (1)	RIEN	RIEN	100 €/an	150€ / an
<b>Hospitalisation services spécialisés</b>				
HONORAIRES (4) Si le médecin a adhéré à l'OPTAM* ou OPTAM-CO**	80% / 100 %	100%	150%	200%
HONORAIRES (4) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM* ou OPTAM-CO**	80% / 100 %	100%	130%	180%
PRIX JOURNÉE	80% / 100 %	100%	100%	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (illimité, tarif en vigueur)	RIEN	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours / an) (1)	RIEN	RIEN	40 € / jour	60 € / jour
<b>Cures médicales (remboursées par la Sécurité Sociale, maximum 21 jours /an) (1)</b>				
FORFAIT THERMAL - HONORAIRES uniquement si participation du régime obligatoire (1)	65 % / 70 %	RIEN	100% + 400 € / an	100 % + 500 € / an
HÉBERGEMENT - TRANSPORT uniquement si participation du régime obligatoire (1)	65 % / 70 %	RIEN	150 € / an	200 € / an

**OPTIQUE (2)** Forfaits optiques fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (monture + verres) par périodes de deux ans pour les adultes, d'une année pour les assurés de moins de 16 ans et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. En cas d'évolution de la vue, la période est réduite à une année pour l'adulte.

<b>Classe A : panier 100 % santé dans la limite du PLV*** (2) à compter du 01 01 2020</b>				
MONTURE	60%	plafonnée à 30 €	plafonnée à 30 €	plafonnée à 30 €
2 VERRES	60%	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS
<b>Classe B : autre que le 100 % santé (2) Monture plafonnée à 100 €</b>				
MONTURE AVEC 2 VERRES SIMPLES	60%	100 €	200 €	300 €
OU MONTURE AVEC UN VERRE SIMPLE ET UN VERRE COMPLEXE	60%	150 €	250 €	350 €
OU MONTURE AVEC UN VERRE SIMPLE ET UN VERRE TRÈS COMPLEXE	60%	200 €	300 €	400 €
OU MONTURE AVEC 2 VERRES COMPLEXES	60%	250 €	350 €	500 €
OU MONTURE AVEC UN VERRE COMPLEXE ET UN TRÈS COMPLEXE	60%	300 €	400 €	525 €
OU MONTURE AVEC DEUX VERRES TRÈS COMPLEXES	60%	325 €	425 €	550 €
<b>Lentilles</b>				
LENTILLES ACCEPTÉES OU REFUSÉES (1)	60% / RIEN	100% / rien + au-delà du TM ou en l'absence de TM 50 €/an	100% / rien + au-delà du TM ou en l'absence de TM 100 €/an	100% / rien + au-delà du TM ou en l'absence de TM 200 €/an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE - Kératotomie, traitement laser de la myopie (1)(10)	RIEN	200 €/an	300 €/an	500 €/an

## DENTAIRE

<b>Actes remboursés par la CPAM</b>				
SOINS DENTAIRES, ACTE TECHNIQUE, CHIRURGIE, RADIOLOGIE, PARODONTOLOGIE	70%	100%	150%	200%
PROTHÈSES DENTAIRES panier 100 % santé (3) dans la limite du PLV***	70%	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS
PROTHÈSES DENTAIRES panier tarif maîtrisé (3) dans la limite du PLV***	70%	100%	100% + 100 % au-delà du TM dans la limite de 900 € / an (1)	100 % + 150 % au-delà du TM dans la limite de 1200 € / an (1)
PROTHÈSES DENTAIRES & IMPLANTS DENTAIRES panier tarif libre (3)	70%	100%		
INLAY-ONLAY PANIER TARIF MAÎTRISÉ (3) dans la limite du PLV***	70%	100%		
INLAY-ONLAY panier tarif libre (3)	70%	100%		
ORTHODONTIE	70% / 100%	100%	100%	100%
<b>Actes non remboursés par la CPAM (10)</b>				
SOINS DENTAIRES, ACTE TECHNIQUE, CHIRURGIE, RADIOLOGIE, PARODONTOLOGIE (1)	RIEN	RIEN	100 € / an	150 € / an
PROTHÈSES DENTAIRES (1)	RIEN	RIEN	200 € / an	250 € / an
IMPLANTOLOGIE (1)	RIEN	RIEN	200 € / an	250 € / an

## ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (1)(10)

<b>Sport sur ordonnance : centre sport santé du Hainaut (5) et structures labélisées «sport santé»</b>				
SÉANCES COLLECTIVES dans les structures ci-dessus (6)	RIEN			
BILAN DE SANTÉ - CAPACITÉS PHYSIQUES dans les structures ci-dessus (maximum 3 bilans par an) (6)	RIEN			
<b>Prévention</b>				
OSTÉODENSITOMÉTRIE non remboursée par la Sécurité Sociale	RIEN			
SEVRAGE TABAGIQUE	FORFAIT ANNUEL			
<b>Médicaments et vaccins non remboursés</b>				
HOMÉOPATHIE	RIEN			
VACCINS NON REMBOURSÉS	RIEN			
<b>Aide au bien être (Non remboursé RO)</b>				
OSTÉOPATHE / THÉRAPIE EXTRACORPORELLE PAR ONDES DE CHOC (limité à 4 séances par an, avec un maximum de 35€ par séance)	RIEN	50 € / an (1)	150 € / an (1)	200 € / an (1)
MÉDECINE ALTERNATIVE (7) (limité à 3 séances par an, avec un maximum de 20€ par séance)	RIEN			
HOMÉOPATHE (limité à 2 séances par an, avec un maximum de 25€ par séance)	RIEN			
DIÉTÉTICIEN et NUTRITIONNISTE (limité à 2 séances par an, avec un maximum de 25€ par séance)	RIEN			
SOPHROLOGUE (limité à 2 séances par an, avec un maximum de 25€ par séance)	RIEN			
PSYCHOLOGUE et PSYCHOTHERAPEUTE (limité à 2 séances par an, avec un maximum de 25€ par séance)	RIEN			
PODOLOGUE et PÉDICURE NON REMBOURSÉ (limité à 2 séances par an, avec un maximum de 25€ par séance)	RIEN			
CRYOTHÉRAPIE (limité à 2 séances par an, avec un maximum de 30 € par séance)	RIEN			
HUILES ESSENTIELLES (maximum 15 € / an)	RIEN			
THALASSOTHÉRAPIE (non cumulable avec Cures Thermales)	RIEN			
ÉTERNELLE JEUNESSE (11)	RIEN			

## ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE, PERTE D'AUTONOMIE ET PROTECTION JURIDIQUE

Aides ménagères en cas d'hospitalisation, services à la personne  
Acheminement médicaments, école à domicile, frais médicaux à l'étranger  
Assistance perte autonomie  
Protection juridique  
Assistance juridique, médicale, vie quotidienne, etc...

JUST'ASSISTANCE (8)  
INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

\*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. \*\*OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. \*\*\*PLV : Prix limite de Vente. TM : Ticket Modérateur. Annexe 1 : Exemples de remboursements à titre indicatif. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et respectent les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable ou non, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale. Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin. Dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical. Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations (1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile. (1bis) : Le forfait inclus le remboursement du Régime Obligatoire et le ticket modérateur (TM). Le renouvellement s'effectuera par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les aides auditives sont remboursées à 60% par le régime obligatoire sur la base d'un tarif unitaire fixé. À compter du 01 01 2021, prévu par les décrets des 11 et 31 janvier 2019 relatifs aux contrats responsables. (2) : L'annualité ou la pluriannualité, s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de la date de délivrance du dernier dispositif. Les forfaits optiques n'incluent pas la participation de la sécurité sociale jusqu'au 31 12 2019, seuls les forfaits de la classe B sont appliqués. À compter du 01 01 2020, les forfaits optiques incluent la participation de la sécurité sociale et la classe A et B entrera en vigueur. L'adhérent peut toujours choisir des équipements de classe différente : Verres Classe A (100 % santé) + monture Classe B (tarif libre) => Prise en charge intégrale des verres dans le respect des PLV 100 % santé et pour la monture dans la limite du plafond autre que 100 % santé correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite des coûts des verres et dans la limite de 100 € Verres Classe B (autre 100 % santé) + monture Classe A (100 % santé) => Prise en charge des verres dans la limite du plafond de la Classe B correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la monture et pour la monture prise en charge intégrale dans le respect des PLV. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement. Selon l'arrêté du 09 04 2019 pour la Classe B : Prix unitaire unique 0,05 € par verre et 0,05 € pour la monture. (3) Un dispositif progressif de rééquilibrage de l'activité dentaire a été mis en place par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour une durée de 5 ans. Du 1er avril au 31 décembre 2019, le remboursement des soins et prothèses dépend du niveau de garantie et de la localisation de la dent, dans la limite des plafonds tarifaires conventionnels. Les soins et prothèses « 100% santé » tels que définis par les décrets des 11 et 31 janvier 2019 entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2020.(4) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité. (5) Le centre du mouvement du Hainaut ouvre ses portes 53, Avenue de Verdun 59300 Valenciennes. (6) Le remboursement s'effectuera sur présentation de facture acquittée + prescription médicale stipulant le sport sur ordonnance + l'attestation de labellisation de la structure. (7) : acupuncture, aromathérapie, ayurveda, chiropractie, chromothérapie, craniothérapie, étiopathie, faciathérapie, hypnothérapie, kinésiologie, médecine traditionnelle chinoise, médecine quantique, méthode tomatist, naturopathie, oligothérapie, phytothérapie, réflexologie plantaire, shiatsu, yoga iyenar. (8) : Garantie assurée auprès de Garantie Assistance, SA au capital de 1.850.000€, entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris n°312.512.493, siège social 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS. (9) : Alèses, produits liés à l'incontinence, loupes sur prescription médicale et présentation de facture. (10) Le remboursement s'effectuera sur présentation de facture nominative au nom du bénéficiaire (11) : Concerner les traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels