

Humanis Santé Sport

ANNEXE I – GARANTIES

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'HUMANIS PREVOYANCE, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale

	SPORT 1	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)				
Frais de séjour	130% BR	150% BR	180% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (OPTAM/OPTAM CO)	150% BR	190% BR	200% BR	230% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - (hors OPTAM/OPTAM CO)	120% BR	150% BR	180% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30€/jour	40€/jour	60€/jour
Forfait ambulatoire (1) (par jour par personne protégée)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	35€/jour
Lit d'accompagnement	Non couvert	30€/jour	40€/jour	40€/jour
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné (1))				
Visites, consultations de généralistes (OPTAM/OPTAM CO)	120% BR	130% BR	130% BR	200% BR
Visites, consultations de généralistes (hors OPTAM/OPTAM CO)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, consultations de spécialistes (OPTAM/OPTAM CO)	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
Visites, consultations de spécialistes (hors OPTAM/OPTAM CO)	120% BR	130% BR	180% BR	180% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (OPTAM/OPTAM CO)	150% BR	175% BR	200% BR	200% BR

Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (hors OPTAM/OPTAM CO)	120% BR	130% BR	180% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM CO)	150% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (hors OPTAM/OPTAM CO)	120% BR	130% BR	180% BR	180% BR
MEDECINE ALTERNATIVE				
Prévention-Médecine douce: Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la SS), Ostéodensitométrie non remboursée par la SS (forfait par an par personne protégée)	25€/acte limité à 1 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 2 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 3 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 4 par an et par bénéficiaire
TRANSPORT				
Transport pris en charge par la SS	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

PHARMACIE				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "majeur ou important"	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "modéré"				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "faible"				
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Non couvert	Non couvert	Non couvert	40€/an/bénéficiaire
Pharmacie prescrite non remboursée	Non couvert	Non couvert	Non couvert	35€/an/bénéficiaire
OPTIQUE				
1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant				
Réseau partenaire :				
- Equipement avec 2 verres simples ¹	150 €	160 €	210 €	250 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	285 €	330 €	420 €	420 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	230 €	240 €	320 €	320 €
Hors Réseau :				
- Equipement avec 2 verres simples ¹	120 €	120 €	140 €	140 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	220 €	220 €	250 €	250 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	170 €	170 €	180 €	180 €
Lentilles prises en charge par la SS	Ticket modérateur + 70€/an	Ticket modérateur +150€/an	Ticket modérateur +200€/an	Ticket modérateur +200€/an
Lentilles non prises en charge par la SS				

Lentilles jetables				
DENTAIRE				
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Inlays/Onlays	160% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Parodontologie remboursée par la SS	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	175% BR	200% BR	270% BR	270% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS: - Couronnes et bridges (2) - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	250€ maximum 3/an/bénéficiaire
Implants non remboursés par la SS (hors pilier sur implant)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	600€ par implant dans la limite de 1200€/an/bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	160% BR	200% BR	270% BR	270% BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	Non couvert	Non couvert	Non couvert	250€ par an
APPAREILLAGE				
- Prothèses auditives (Prise en charge par la SS) - Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	130% BR	160% BR	220% BR	220% BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES				
Cures thermales: honoraires et soins	Non couvert	Non couvert	Non couvert	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la SS	Non couvert	Non couvert	Non couvert	200 €
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	350 €

¹ "Verre simple" : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

² "Verre complexe" : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

(1) Y compris séjours en maison de repos à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour

(2) Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale / TM : Ticket Modérateur / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / OPTAM/OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'HUMANIS PREVOYANCE, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale

	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Frais de séjour	150% BR	180% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (OPTAM/OPTAM CO)	190% BR	200% BR	230% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - (hors OPTAM/OPTAM CO)	150% BR	180% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	30€/jour	40€/jour	60€/jour
Forfait ambulatoire (1) (par jour par personne protégée)	Non couvert	Non couvert	35€/jour
Lit d'accompagnement	30€/jour	40€/jour	40€/jour
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné (1))			
Visites, consultations de généralistes (OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	130% BR	200% BR
Visites, consultations de généralistes (hors OPTAM/OPTAM CO)	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, consultations de spécialistes (OPTAM/OPTAM CO)	175% BR	200% BR	250% BR
Visites, consultations de spécialistes (hors OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	180% BR	180% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (OPTAM/OPTAM CO)	175% BR	200% BR	200% BR

Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (hors OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	180% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM CO)	175% BR	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (hors OPTAM/OPTAM CO)	130% BR	180% BR	180% BR
MEDECINE ALTERNATIVE			
Prévention-Médecine douce: Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la SS), Ostéodensitométrie non remboursée par la SS (forfait par an par personne rotégée)	25€/acte limité à 2 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 3 par an et par bénéficiaire	25€/acte limité à 4 par an et par bénéficiaire
TRANSPORT			
Transport pris en charge par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "majeur ou important"	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "modéré"			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "faible"			
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Non couvert	Non couvert	40€/an/bénéficiaire
Pharmacie prescrite non remboursée	Non couvert	Non couvert	35€/an/bénéficiaire

OPTIQUE

1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue
dans la limite d'un équipement par an
Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant

Réseau partenaire :

- Equipement avec 2 verres simples ¹	160 €	210 €	250 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	330 €	420 €	420 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	240 €	320 €	320 €

Hors Réseau :

- Equipement avec 2 verres simples ¹	120 €	140 €	140 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	220 €	250 €	250 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	170 €	180 €	180 €
Lentilles prises en charge par la SS	Ticket modérateur +150€/an	Ticket modérateur +200€/an	Ticket modérateur +200€/an
Lentilles non prises en charge par la SS			
Lentilles jetables			

DENTAIRE

Soins dentaires	100% BR	100% BR	150% BR
Inlays/Onlays	200% BR	200% BR	250% BR
Parodontologie remboursée par la SS	100% BR	100% BR	200% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	200% BR	270% BR	270% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS: - Couronnes et bridges (2) - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	Non couvert	Non couvert	250€ maximum 3/an/bénéficiaire

Implants non remboursés par la SS (hors pilier sur implant)	Non couvert	Non couvert	600€ par implant dans la limite de 1 200€/an/bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	200% BR	270% BR	270% BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	Non couvert	Non couvert	250€ par an
APPAREILLAGE			
- Prothèses auditives (Prise en charge par la SS) - Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	160% BR	220% BR	220% BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES			
Cures thermales: honoraires et soins	Non couvert	Non couvert	100% BR
Forfait pour cure thermique remboursée par la SS	Non couvert	Non couvert	200 €
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	Non couvert	Non couvert	350 €

¹ "Verre simple" : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

² "Verre complexe" : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

(1) Y compris séjours en maison de repos à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour

(2) Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale / TM : Ticket Modérateur / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale.

OPTAM/OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence