



GRILLE DE GARANTIES



CANNELLE

GARANTIES SANTÉ SUITE (1/2)

HOSPITALISATION (y compris maternité) ⁽¹⁾				
Secteur conventionné				
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens adhérents à l'OPTAM			140% BRSS	
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM			120% BRSS	
Frais de séjour, de salle d'opération			200% BRSS	
Secteur non conventionné				
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM			120% BRSS	
Frais de séjour, de salle d'opération			150% BRSS	
Chambre particulière en secteur conventionné			65€ / jour	
Maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation dans la limite de 30 jours / an et par personne (hors chambre particulière)			100% BRSS	
Forfait hospitalier			100% FR	
Transport du malade			100% BRSS	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) dans la limite de 30 jours / an			50€ / JOUR	
Hospitalisation à domicile limitée à 90 jours			100% BRSS	
Frais de séjour en établissement psychiatrique et assimilé limités à 30 jours / an			100% BRSS	
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes, spécialistes conventionnés adhérents à l'OPTAM			140% BRSS	
Consultations, visites généralistes, spécialistes conventionnés non adhérents à l'OPTAM			120% BRSS	
Auxiliaires médicaux conventionnés, analyses			140% BRSS	
Orthopédie, appareillage dont piles et accessoires pour l'aide auditive			140% BRSS	
Radiologie réalisée par des praticiens adhérents à l'OPTAM			140% BRSS	
Radiologie réalisée par des praticiens non adhérents à l'OPTAM			120% BRSS	
Actes techniques médicaux -- Médecin adhérent OPTAM			150% BRSS	
Actes techniques médicaux – Médecin non adhérent OPTAM			130% BRSS	
PHARMACIE				
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale			100% BRSS	
OPTIQUE ⁽²⁾				
Panier 1	Classe A	Equipement Eligible 100% santé	Monture / Verre (dans la limite du PLV)	100% FR
Panier 2	Classe B	Equipement Non Eligible 100% santé	Monture	100 €
			Par Verre de Type A	4% PMSS
			Par Verre de Type B ou C	6% PMSS
Prestation adaptation correction visuelle			100% BRSS	
Lentilles de contact / lentilles jetables remboursées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)			6% PMSS	
Chirurgie réfractive (par œil)			12% PMSS	
AIDES AUDITIVES ⁽³⁾				
Classe I	Equipements éligibles au 100% santé tel que définis règlementairement dans la limite du PLV.		100% FR	
Classe II	Equipements non éligibles au 100% santé tel que définis règlementairement et dans la limite de 1700€ par aide auditive		150% BRSS	
FORFAITS				
Allocation naissance - adoption l'(les)enfant(s) doit(vent) être assuré(s) dans les 3 mois suivant l'évènement pour prétendre à ce forfait			9% PMSS	
SERVICES & FORFAITS				
Tiers payant étendu			OUI	
Frais d'Obsèques			2000€	
Services associés à la plateforme santé. Assistance			OUI	
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)			7% PMSS	
GARANTIES PROTECTION +				
Médicaments non pris en charge par le RO (y compris contraceptifs médicamenteux) par an et par personne			50€	
Vaccins non pris en charge par le RO (grippe, fièvre jaune, hépatite A ou B)			50€	
Examen de diagnostique prostate			150% BRSS	
Examen de densitométrie osseuse non pris en charge par le RO			40€	
Médecines naturelles (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, réflexologie, acupuncture, kinésithérapie non prises en charge par le RO) limité par an et par bénéficiaire			80€	

GARANTIES SANTÉ SUITE (2/2)

CANNELLE

DENTAIRE

Panier 1	Soins et Prothèses dentaires 100% santé limité aux HLF	100% FR
Panier 2 et 3	Prothèse dentaire fixe	225% BRSS
	Inlay-Core	225% BRSS
	Inlay-Onlay pris en charge par le RO. Par acte et par assuré	100€
Soins dentaires y compris chirurgie dentaire		150% BRSS
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale		225% BRSS
Implantologie prise en charge par la sécurité sociale		225% BRSS
Parodontologie prise en charge ou non par le RO (par an et par bénéficiaire)		100€
Prothèses dentaires, implantologie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)		100€

Actes de prévention (en application de l'article R 871-2 II du code de la Sécurité Sociale)

Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du Ticket Modérateur.

GARANTIES OPTIONNELLES

CANNELLE

PACK VITALITE

Consultation psychologue et Consultation diététique (sur facture par an et par personne)	60 €
--	------

PACK SERENITE (sur prescription médicale)

Pédicure, podologue non pris en charge par le RO 2 Séances / an et par assuré	60 €
Parodontologie non prise en charge par le RO par an et par assuré	75€
Lit accompagnement adulte (16 ans et +) limité à 30 jours par an et par assuré	50 € / jour

COMPLEMENTAIRE SANTE : Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale à l'exception des garanties exprimées en forfait euros et en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale. Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge. Les prestations exprimées par an s'entendent par année civile.

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité Sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité sociale. OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
FR : Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagée par l'assuré.
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. PASS : Plafond annuel sécurité sociale.
PLV : Prix Limite de Vente. HLF : Honoraire limite de facturation

1 Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité Sociale sont compris dans la garantie. En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

(2) Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture tous les 2 ans suivant la date de facturation du dernier équipement par bénéficiaire pour les adultes et les mineurs de 16 ans et plus. Cette durée est portée à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature.

De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières (glaucome DMLA)

(3) conformément à la réglementation en vigueur, le renouvellement de l'équipement sera possible à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente et de la nouvelle.

En vigueur le 01 01 2022