

# ACCOMPAGNEZ VOS SALARIÉS POUR MIEUX PRENDRE SOIN DE LEUR SANTÉ



La Santé Entreprise est une solution conçue pour répondre aux obligations réglementaires des entreprises de 1 à 20 salariés.

## L'ESSENTIEL

Cette couverture santé :

- complète les remboursements de la Sécurité sociale ;
- est financée au minimum à 50 % par l'entreprise ;
- propose un socle obligatoire vous permettant de choisir parmi **6 formules de garanties** dont la formule minimum (communément appelée « panier de soins ANI\* ») ;
- permet d'ajuster le niveau de prestations à des catégories dites « objectives » de salariés ;
- propose des paniers de soin avec un reste à charge zéro en adéquation avec la réforme 100 % santé ;
- est obligatoire pour tous les salariés.



## DES AVANTAGES FINANCIERS POUR L'ENTREPRISE

Les cotisations versées par votre entreprise sont **déductibles du bénéfice imposable** au titre des dépenses du personnel selon l'article 39 du Code général des impôts et dans les limites réglementaires. Elles sont également **exonérées de charges sociales** sous réserve de respecter les conditions fixées à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.



## UNE GESTION DU CONTRAT EN LIGNE SIMPLE ET FLUIDE

- Un espace en ligne destiné à votre entreprise qui permet de gérer les effectifs du personnel en temps réel.
- Un espace en ligne dédié aux salariés qui bénéficient de la couverture que vous avez mise en place.

\*Accord national interprofessionnel.



Bénéficiez d'une solution souple et évolutive pour vous et vos salariés, en conformité avec les exigences réglementaires.

# UNE COUVERTURE SANTÉ COLLECTIVE

Avec Generali, vous proposez à vos salariés une couverture santé collective étendue et correspondant à votre budget. Une solution simple et efficace.



## UN CONTRAT

### adapté à la taille de votre entreprise

- Spécialement prévu pour les collèges de 1 à 20 salarié(s).
- 6 formules proposées, dont le panier de soins ANI.
- 2 options possibles, en fonction du nombre de bénéficiaires (le salarié seul ou avec sa famille).
- Aucun délai de carence, ou d'attente. Le salarié est couvert dès son affiliation au contrat collectif.



## DES SERVICES

### pour faciliter le quotidien de vos salariés

Mise à disposition d'un garde malade ou d'une aide ménagère en cas d'hospitalisation prolongée.



## UN CONTRAT

### complémentaire pour le bien-être de vos salariés

- Une couverture santé individuelle complémentaire au contrat collectif entreprise.
- Une adhésion directement souscrite par vos salariés qui souhaitent améliorer leur niveau de remboursement.
- Un espace client pour chaque salarié avec toutes les informations accompagnées de simulations personnalisées.

# UNE OFFRE SANTÉ RENFORCÉE

## PAR DES SERVICES D'ASSISTANCE ET DE TÉLÉCONSULTATION



### DES SERVICES D'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN POUR TOUS VOS SALARIÉS

En cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée, ou en cas d'immobilisation à domicile, vos salariés peuvent bénéficier de prestations d'assistance afin de faciliter leur convalescence. L'assistance santé d'Europ Assistance peut être mise en place même en cas d'hospitalisation programmée ou après une hospitalisation ambulatoire.



### UN SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS

Un médecin généraliste d'Europ Assistance répond **24 h/24, 7 j/7**, en moins de 30 minutes ou sur rendez-vous, pour une consultation médicale à distance :

- en cas d'indisponibilité du médecin traitant ;
- accessible depuis la France et l'étranger.



### LES PRESTATIONS DE SANTÉ SONT GÉRÉES PAR NOTRE PARTENAIRE ALMERYS

#### almerys garantit :

- un **tiers payant généralisé** : aucune avance de frais pour les salariés ;
- un accès au réseau de soins **Carte Blanche** ;
- une carte tiers payant en **format papier et électronique** via l'Espace Client ;
- la sécurisation des données des salariés grâce à 2 certifications : **ISO 27001** et **HDS** (Hébergeur de Données de Santé).

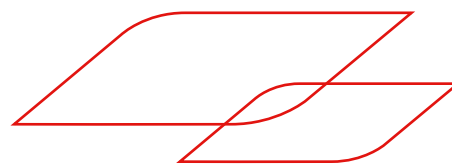
#### almerys met à disposition :

- un **service téléphonique** pour les salariés (du lundi au vendredi, 8 h 30 - 18 h 30) ;
- une **équipe de gestion** dédiée pour toutes demandes (devis, informations, etc.) du lundi au vendredi.

#### almerys assure

- les remboursements sous 24 h (télétransmission) ou 48 h (manuel) ;
- le traitement des demandes de prise en charge et celles des devis sous 48 h.

# BARÈME DE REMBOURSEMENTS



ANI (GA\_6200, GA\_6201)

GE

GE1

GE2

GE3

GE4

GE5

## HOSPITALISATION<sup>1</sup>



### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER<sup>2</sup>

Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
--------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

### HONORAIRES<sup>3</sup>

#### HONORAIRES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (HORS CHIRURGIENS-DENTISTES)

Facturés par des médecins conventionnés adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Facturés par des médecins conventionnés non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des médecins non conventionnés.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des professionnels médicaux non-médecins (sages-femmes).	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

#### AUTRES HONORAIRES

Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en plus des frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait sur actes dits « lourds »	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

#### FRAIS DE SÉJOUR

Frais de séjour en secteur conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	70 % FR	70 % FR	90 % FR

#### AUTRES FRAIS

Hospitalisation à domicile	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour) <sup>4</sup>	Néant	1.5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Chambre particulière en secteur non conventionné (par jour) <sup>4</sup>	Néant	1.5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, par jour)	Néant	20 €	20 €	30 €	30 €	50 €
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation (hors chambre particulière)	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	90 % FR	90 % FR	100 % FR
Transport médical hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS

## SOINS COURANTS



### HONORAIRES MÉDICAUX

#### CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS

CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR MÉDECINS SPÉCIALISTES						
Réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR PROFESSIONNELS MÉDICAUX NON MÉDECINS						
Réalisées par des sages-femmes.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des chirurgiens-dentistes.	Voir garanties « soins dentaires »					
ACTES DE SPÉCIALITÉS (K), ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (ATM)						
Réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes.	Voir garanties « soins dentaires »					
ACTES D'IMAGERIE (ADI), ACTES D'ÉCHOGRAPHIE (ADE)						
Réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes.	Voir garanties "soins dentaires"					
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux conventionnés, remboursés par la Sécurité sociale.	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité sociale (y compris actes de prélèvements).	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
MÉDICAMENTS						
Médicaments, vaccins, homéopathie, substituts nicotiques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale.	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants, contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale).	Néant	Néant	50 €	75 €	75 €	150 €
Forfait substituts nicotiques non remboursés par la Sécurité sociale.	Néant	Néant	60 €	80 €	80 €	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (limité par an et par bénéficiaire).	Néant	30 €	60 €	80 €	80 €	150 €
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ <sup>7</sup>						
Prothèses capillaires de Classe II	Frais intégralement remboursés <sup>7</sup>					
Forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée de véhicules pour personne en situation de handicap	Frais intégralement remboursés <sup>7</sup>					
MATÉRIEL MÉDICAL						
Dispositifs médicaux (prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires, petit et grand appareillages, autre dispositif médical non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties), remboursés par la Sécurité sociale <sup>8</sup> .	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
AUTRES SOINS COURANTS						
Frais de transport non hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait sur actes dits « lourds »	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale.	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

## OPTIQUE<sup>6</sup>



### ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ<sup>7</sup>

Monture de Classe A (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés					
Verre de Classe A (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés					

### ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B

Monture de Classe B (adulte et enfant)	50 €	95 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Verre de Classe B (adulte et enfant)	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique

### LENTILLES DE CONTACT

Lentilles de contact, y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire).	100 % BRSS	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS
Lentilles de contact, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (limité par an et par bénéficiaire).	Néant	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS

### AUTRES FRAIS

Chirurgie réfractive (limité par an et par bénéficiaire).	Néant	Néant	8 % PMSS/œil dans la limite de 16 % PMSS	12 % PMSS/œil dans la limite de 24 % PMSS	16 % PMSS/œil dans la limite de 32 % PMSS	25 % PMSS/œil dans la limite de 50 % PMSS
---	-------	-------	--	---	---	---

## DENTAIRE<sup>8</sup>



### SOINS<sup>9</sup>

Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire et parodontologie prises en charge par la Sécurité sociale, actes techniques médicaux).	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier « Tarifs maîtrisés »	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier « Tarifs libres »	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS

### SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ<sup>7</sup>

Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés					
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés					
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés					
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	Frais intégralement remboursés					
Acte de réparation ou supplément de prothèse	Frais intégralement remboursés					
	Depuis le 01/01/2021 : frais intégralement remboursés					

### PROTHÈSES<sup>10</sup>

#### PANIER AUX « TARIFS MAÎTRISÉS »

Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS

#### PANIER AUX « TARIFS LIBRES »

Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Implantologie	125 % BRSS	130 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS

### ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Orthodontie	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
-------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

## SOINS, ÉQUIPEMENTS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Prothèse dentaire et Inlay-core (par acte)	Néant	Néant	6 % PMSS	11 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Parodontologie (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Implantologie (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS	12 % PMSS	18 % PMSS	30 % PMSS
Orthodontie (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	6 % PMSS	10 % PMSS	14 % PMSS	24 % PMSS

## AIDES AUDITIVES<sup>11</sup>



### ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ<sup>7</sup>

Aide auditive de Classe I (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés					
--	--------------------------------	--	--	--	--	--

### AIDE AUDITIVE DE CLASSE II

Aide auditive de Classe II (adulte et enfant)	100 % BRSS dans la limite de 1 700 €	100 % BRSS dans la limite de 1 700 €	150 % BRSS dans la limite de 1 700 €	250 % BRSS dans la limite de 1 700 €	300 % BRSS dans la limite de 1 700 €	500 % BRSS dans la limite de 1 700 €
Allocation relative aux piles	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »					
Accessoires	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »					

## MÉDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES



Séance d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie, microkinésithérapie, étioopathie, phytothérapie, mésothérapie, sophrologie.						
Consultation de diététicien, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe, naturopathe non remboursée par la Sécurité sociale. (Limité par an et par bénéficiaire)	Néant	2 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS

## AUTRES PRESTATIONS



### CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (limité par an et par bénéficiaire).	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	12,5 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
--	-------	----------	-----------	-------------	-----------	-----------

### ALLOCATION

Allocation naissance - adoption (doublée en cas de naissance gemellaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS	25 % PMSS
--	-------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------

## SERVICES



Tiers payant étendu	
Téléconsultation médicale	
Protection juridique médicale	
Assistance	

## SPÉCIAL ENFANTS



Pédiatres adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	100% FR
Pédiatres non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200% BRSS
Orthophonistes, orthoptistes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400% BRSS
Consultation diagnostic en diététique (limité par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	Néant	Néant	60 €	75 €	75 €	150 €

# COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



**Bénéficiaires :** assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.

Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et intègrent le remboursement du régime obligatoire. Elles sont accordées dans la limite des frais réels. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité sociale.

Les montants exprimés en euros représentent des plafonds versés en plus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés. Toutes les prestations exprimées « par an » s'entendent par année d'adhésion.

Les prestations exprimées en « % FR » sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement éventuel du régime obligatoire.

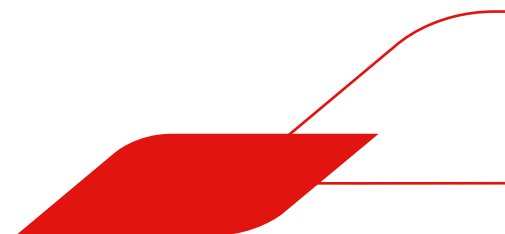
La participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'Assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement y compris pour les actes de prévention.

Cette disposition s'applique également aux frais de cure thermale lorsqu'ils sont pris en charge dans le tableau de remboursement ci-dessus.

- 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.
- FR = Frais réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagé par l'assuré.
- PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

- (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 Generali. 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) Lorsque vous relevez du régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par votre régime obligatoire.
- (3) Facturés en plus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.
- (4) En cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) : prise en charge de la chambre particulière et des frais de séjours.
- (5) Équipement remboursé par la Sécurité sociale n'appartenant pas à la catégorie « 100 % Santé » (appareil à assistance respiratoire, appareil générateur d'aérosol, appareillage à ventilation et à pression positive continue, dispositif médical, implant inerte, implant mû par électricité, matériel et appareil de contention, matériel et appareil de traitement DIV, prothèses extérieures non orthopédiques, prothèses internes et accessoires, prothèses oculaires, etc.).  
Le montant des remboursements des prothèses capillaires de classe III s'applique dans la limite du prix limite de vente, en vigueur à la date des soins.

- (6) Le remboursement des frais d'optique est limité à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par bénéficiaire et par période de 2 ans.
  - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un équipement pourra être remboursé tous les 6 mois en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Dans ces deux dernières hypothèses, une ordonnance sera exigée.
  - Les montants indiqués en euros dans la grille optique s'entendent par verre.
  - Lorsque la limite du forfait « lentilles de contact » est atteinte, la prise en des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est de 100 % BRSS.
- (7) Tels que définis réglementairement, le montant des remboursements des soins et équipements 100 % santé s'applique dans la limite du prix limite de vente pour le matériel médical, l'optique et les aides auditives et dans la limite des honoraires limite de facturation pour le dentaire, en vigueur à la date des soins.
- (8) Les prothèses afférentes au Panier « Tarifs maîtrisés » et « Tarifs libres », l'orthodontie ainsi que les soins non remboursés par la Sécurité sociale sont limités à 11 % du plafond annuel de la Sécurité sociale par année civile.  
Le cumul ne comprenant pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du 100 % Santé. Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des soins et des équipements prothétiques des paniers « Tarifs maîtrisés » et « Tarifs libres » (hors 100 % Santé) remboursés par la Sécurité sociale est de 125 % du BRSS.  
En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles, le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles.  
Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.
- (9) Si soins réalisés par un stomatologue, voir garanties « Actes de spécialités » dans les soins courants.
- (10) Équipement remboursés par la Sécurité sociale, n'appartenant pas à la catégorie 100 % Santé.  
Le montant des remboursements du panier « Tarifs maîtrisés » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.
- (11) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de 4 ans.



# NOUVELLE GRILLE OPTIQUE

	ANI	GE1	GE2	GE3	GE4	GE5
<b>MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (VERRE SIMPLE Foyer SPHÉRIQUE)</b>	<b>EN EUROS PAR VERRE</b>					
Sphère de -6,00 à +6,00	25 €	45 €	60 €	80 €	95 €	125 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	75 €	95 €	155 €	220 €	220 €	250 €
<b>ASTIMAGTISME (VERRE SIMPLE Foyer SPHÉRO-CYLINDRIQUE)</b>	<b>EN EUROS PAR VERRE</b>					
<b>SPHÈRE &lt; 0 (CAS DE MYOPIE)</b>						
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	25 €	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00	75 €	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0						
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00						
<b>SPHÈRE &gt; 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)</b>						
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00 <sup>1</sup>	25 €	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00 <sup>1</sup>	75 €	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
<b>PRESBYTIE (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES)</b>	<b>EN EUROS PAR VERRE</b>					
Sphère de -4,00 à +4,00	75 €	80 €	95 €	110 €	140 €	185 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	75 €	185 €	280 €	310 €	310 €	350 €
<b>PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES) QUELLE QUE SOIT LA PUISSANCE DU CYLINDRE</b>	<b>EN EUROS PAR VERRE</b>					
<b>SPHÈRE &lt; 0 (CAS DE MYOPIE)</b>						
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0	75 €	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à +0	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
<b>SPHÈRE &gt; 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)</b>						
Somme sphère+cylindre inférieure ou égale à +8,00 <sup>1</sup>	75 €	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Somme sphère+cylindre supérieure à +8,00 <sup>1</sup>	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €

(1) La correction optique correspond à la correction optique maximale en valeur absolue, à savoir :

- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphériques ;
- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphéro-cylindriques de sphère négative (correcteur de myopie) ;
- la somme  $S = \text{sphère} + \text{cylindre}$  pour les verres sphéro-cylindriques de sphère positive (correcteur d'hypermétropie) ;  
Niveau 1 = [0;2], Niveau 2 = [2;4], Niveau 3 = [4;6], Niveau 4 = [6;8], Niveau 5 = [8;12], Niveau 6 =  $\geq 12$ .

## VOTRE CONTACT

Dénomination sociale / Nom : .....

Adresse : .....

Tél : ..... e-mail : ..... N° Orias\* : .....

\* Mention obligatoire pour les agents/courtiers.

### Informations non contractuelles à caractère publicitaire.

Les garanties peuvent donner lieu à exclusions, limitations et franchises. Pour connaître le détail, l'étendue et les conditions de garantie du contrat, reportez-vous à la documentation précontractuelle et contractuelle de l'assureur. La couverture du risque ou la fourniture de certaines garanties sont soumises aux règles d'acceptation de l'assureur.

Les contrats d'assurance Prévoyance Santé Entreprise et La Santé Salarié sont assurés par Generali Vie.

**Generali Vie**, Société anonyme au capital de 341 059 488 euros. Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris. N° d'identifiant unique ADEME FR232327\_01NBYI. Siège social : 89 rue Taitbout - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Les prestations d'assistance sont assurées par Europ Assistance.

**Europ Assistance S.A.** Société anonyme au capital de 61 712 744 €. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 89 rue Taitbout, 75009 Paris. Numéro ADEME-IDU : FR398967\_01DJMJ1.

