

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ QUI FAIT LA DIFFÉRENCE

À la retraite, le niveau de vie peut diminuer et vos frais de santé augmenter. Dans ce contexte, il est essentiel de bénéficier d'une complémentaire correspondant à l'évolution de vos besoins. L'offre Santéis Seniors propose trois formules de garanties complétant en partie ou en totalité vos dépenses de santé.

UNE COUVERTURE COMPLÈTE QUELLE QUE SOIT LA FORMULE CHOISIE



Santés Seniors vous propose la **couverture de vos principales dépenses de santé** : hospitalisation, soins courants, pharmacie, optique, dentaire, aides auditives.

Vos besoins évoluent, c'est pourquoi Santéis Seniors prend mieux en charge vos dépenses liées aux médecines douces, aux cures thermales ou encore à la prévention (dépistage de l'hypertension, des troubles de l'audition, de l'ostéoporose, etc.).

UNE FIDÉLITÉ RÉCOMPENSÉE



Nous vous offrons deux avantages fidélité en augmentant les plafonds de remboursement et les taux de prise en charge pour **la chambre particulière, les frais dentaires, les frais d'optique, les médecines douces, les cures thermales et les actes de prévention** :

- un **premier bonus** après la première année de souscription ;
- un **second bonus** après la troisième année de souscription.

Par exemple, le plafond de remboursement dentaire augmente de 200 € dès la 2^e année et de 400 € dès la 4^e année par rapport au plafond initial de la formule souscrite.

UNE PRISE EN CHARGE AMÉLIORÉE EN CAS D'HOSPITALISATION



• **AVANT**, nous vous accompagnons dans le choix de votre établissement, analysons votre devis et mettons à votre disposition une ambulance pour vous rendre à l'hôpital.

Sur simple appel téléphonique, Generali Gestion Santé vous délivre **une prise en charge hospitalière en moins de 24 h**. De cette façon, vous n'avancez pas de frais en cas d'hospitalisation en secteur conventionné.

• **PENDANT**, quelle que soit la formule de garanties choisie, **les dépenses liées à votre hospitalisation sont entièrement remboursées**.

Nous organisons le transfert et/ou la garde de votre chat ou chien resté seul chez vous, au domicile d'un proche ou dans un établissement de garde et nous pouvons vous proposer une aide ménagère à votre domicile pendant votre hospitalisation.

• **APRÈS**, nous mettons à votre disposition une aide ménagère et/ou un garde malade pour faciliter votre quotidien en cas d'hospitalisation supérieure à 24 h.

DES REMBOURSEMENTS SIMPLES ET RAPIDES



Dans 95 % des cas, grâce à la télétransmission, vous êtes **remboursé sous 48 h** à compter de la réception par Generali Gestion Santé des informations transmises par la Sécurité sociale.

Avec votre accord, vos remboursements sont virés **automatiquement sur votre compte bancaire ou postal**. Le suivi de vos remboursements se fait sur votre **espace client personnel et sécurisé**.

AUCUNE AVANCE DE FRAIS CHEZ TOUS LES PRESTATAIRES DE SANTÉ QUI ACCEPTENT LA CARTE DE TIERS PAYANT



Grâce au réseau **Carte Blanche**, composé de près de 180 000 professionnels de santé (dont plus de 7 000 opticiens indépendants ou franchisés), vous êtes **dispensé d'avance de frais** (dans la limite des garanties de votre contrat) sur simple présentation de votre carte de tiers payant.

Les atouts de Santéis Seniors



Une couverture immédiate et à vie

dès la souscription dans les conditions et limites prévues au contrat.



Votre espace client

monespace.generalif.fr personnel et sécurisé pour consulter vos remboursements de santé en ligne, rechercher un professionnel de santé, demander une prise en charge hospitalière, etc.



Des services MED&Vous

pour vous accompagner à tout moment :

- téléconsultation médicale ;
- second avis médical ;
- programme hospitalisation.



TABLEAU DES GARANTIES à partir du 30 septembre 2022

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
HOSPITALISATION			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
HONORAIRES ⁽³⁾			
HONORAIRES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (HORS CHIRURGIENS-DENTISTES)			
- facturés par des médecins conventionnés adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
- facturés par des médecins conventionnés non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- facturés par des médecins non conventionnés	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- facturés par des professionnels médicaux non-médecins (sages-femmes)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
AUTRES HONORAIRES			
Honoraires paramédicaux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en plus des frais de séjour	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait sur actes dits « lourds »	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait Patient Urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR CONVENTIONNÉ			
Frais de séjour pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % FR	100 % FR	100 % FR
AUTRES FRAIS EN SECTEUR CONVENTIONNÉ			
Chambre particulière ⁽⁶⁾	80 €/jour	100 €/jour	120 €/jour
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté - Forfait de la chambre particulière porté à :	90 €/jour	110 €/jour	130 €/jour
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté - Forfait de la chambre particulière porté à :	100 €/jour	120 €/jour	140 €/jour
Forfait téléphone/télévision/internet (dans la limite de 20 jours/an)	4 €/jour	6 €/jour	8 €/jour
Lit d'accompagnant (dans la limite de 30 jours/an)	30 €/jour	50 €/jour	50 €/jour
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation, à l'exclusion de la chambre particulière	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Transport hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation à domicile	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites médicales par des médecins généralistes			
- réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	125 % BRSS	125 % BRSS	190 % BRSS
- réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	105 % BRSS	105 % BRSS	170 % BRSS
Consultations et visites médicales par des médecins spécialistes			
- réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	145 % BRSS	190 % BRSS	250 % BRSS
- réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	125 % BRSS	170 % BRSS	200 % BRSS
Consultations et visites médicales par des professionnels médicaux non médecins			
- réalisées par des sages-femmes	125 % BRSS	125 % BRSS	190 % BRSS
- réalisées par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »
Actes de spécialités (K), Actes techniques médicaux (ATM)			
- réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	200 % BRSS	200 % BRSS	100 % FR
- réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
- réalisés par des sages-femmes	200 % BRSS	200 % BRSS	100 % FR
- réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »
Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE)			
- réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
- réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- réalisés par des sages-femmes	100 % FR	100 % FR	100 % FR
- réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaires médicaux conventionnés remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR	100 % FR	100 % FR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité sociale (y compris actes de prélèvements)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
MÉDICAMENTS			
Médicaments, vaccins, substituts nicotiques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments (y compris pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs), homéopathie et préparations magistrales non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire sur prescription médicale)	-	75 €	75 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	60 €	80 €	100 €
MATÉRIEL MÉDICAL			
Prothèses orthopédiques, petit et grand appareillage, et autre dispositif médical non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties, remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire) ⁽⁷⁾	600 €	800 €	1 200 €
AUTRES SOINS COURANTS			
Frais de transport non hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait sur actes dits « lourds »	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

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
OPTIQUE ⁽⁸⁾			
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ ⁽⁹⁾			
Monture de classe A	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
Verres de classe A	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B			
Monture de classe B	80 €	80 €	100 €
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté - Forfait Monture de Classe B porté à :	100 €	100 €	100 €
Verres de classe B	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique
LENTILLES DE CONTACT			
Lentilles de contact y compris jetables, remboursées ou non par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	20 €	20 €	20 €
AUTRES FRAIS			
Chirurgie réfractive (limite par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €/œil dans la limite de 400 €

GRILLE OPTIQUE

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
VERRE UNIFOCAL SPHÉRIQUE			
Sphère de - 6,00 à + 6,00	50 €	60 €	65 €
Sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00	100 €	140 €	140 €
VERRE UNIFOCAL SPHÉRO-CYLINDRIQUE			
SPHÈRE INFÉRIEURE OU ÉGALE À 0 (CAS DE MYOPIE)			
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère de - 6,00 à 0	50 €	60 €	65 €
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère inférieure à - 6,00	100 €	140 €	140 €
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère de - 6,00 à 0	100 €	140 €	140 €
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère inférieure à - 6,00	100 €	140 €	140 €
SPHÈRE SUPÉRIEURE À 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)			
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à + 6,00	50 €	60 €	65 €
Somme sphère + cylindre supérieure à + 6,00	100 €	140 €	140 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRIQUE			
Sphère de - 4,00 à + 4,00	100 €	140 €	140 €
Sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00	100 €	140 €	140 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRO-CYLINDRIQUE			
SPHÈRE INFÉRIEURE OU ÉGALE À 0 (CAS DE MYOPIE)			
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère de - 8,00 à 0	100 €	140 €	140 €
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère inférieure à - 8,00	100 €	140 €	140 €
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère de - 8,00 à 0	100 €	140 €	140 €
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère inférieure à - 8,00	100 €	140 €	140 €
SPHÈRE SUPÉRIEURE À 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)			
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à + 8,00	100 €	140 €	140 €
Somme sphère + cylindre supérieure à + 8,00	100 €	140 €	140 €
BONUS FIDÉLITÉ (VERRES DE CLASSE B MENTIONNÉS DANS LA GRILLE OPTIQUE)			
Après 1 an d'ancienneté - Forfait supplémentaire par verre ⁽¹⁴⁾	+ 10 €	+ 20 €	+ 30 €
Après 3 ans d'ancienneté - Forfait supplémentaire par verre ⁽¹⁴⁾	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
DENTAIRE			
SOINS ⁽¹⁰⁾			
Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux et parodontologie) remboursés par la Sécurité sociale	120 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Inlay-Onlay du Panier aux « Tarifs maîtrisés »	150 % BRSS	150 % BRSS	180 % BRSS
Inlay-Onlay du Panier aux « Tarifs libres »	150 % BRSS	150 % BRSS	180 % BRSS
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁹⁾			
Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
Actes de réparation ou de supplément de prothèse	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾

PROTHÈSES ⁽¹¹⁾			
PANIER AUX « TARIFS MAÎTRISÉS »			
Prothèse dentaire fixe	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Inlay-Core	100 % BRSS	200 % BRSS	350 % BRSS
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Actes de réparation ou de supplément de prothèse	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
PANIER AUX « TARIFS LIBRES »			
Prothèse dentaire fixe	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Actes de réparation ou de supplément de prothèse	255 % BRSS	255 % BRSS	350 % BRSS
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté - Base de remboursement des prothèses remboursées par la Sécurité sociale (hors équipement 100 % Santé et hors inlay-core) portée à :	275 % BRSS	275 % BRSS	375 % BRSS
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté - Base de remboursement des prothèses remboursées par la Sécurité sociale (hors équipement 100 % Santé et hors inlay-core) portée à :	300 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Inlay-Core	100 % BRSS	200 % BRSS	350 % BRSS
Implantologie	100 % BRSS	200 % BRSS	350 % BRSS
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté - Base de remboursement de l'inlay-core et de l'implantologie remboursés par la Sécurité sociale (hors équipement 100 % Santé) portée à :	120 % BRSS	220 % BRSS	375 % BRSS
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté - Base de remboursement de l'inlay-core et de l'implantologie remboursés par la Sécurité sociale (hors équipement 100 % Santé) portée à :	145 % BRSS	245 % BRSS	400 % BRSS

SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Prothèse dentaire, inlay core (limite par an et par bénéficiaire)	100 €	100 €	300 €
Parodontologie (limite par an et par bénéficiaire)	-	160 €	160 €
Implantologie (limite par an et par bénéficiaire)	-	150 €	300 €
Plafond annuel des remboursements dentaires (hors soins remboursés par la Sécurité sociale et hors équipement 100 % Santé) par bénéficiaire ⁽¹²⁾	600 €	800 €	1 200 €
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Plafond annuel des remboursements dentaires porté à :	800 €	1 000 €	1 400 €
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté Plafond annuel des remboursements dentaires porté à :	1 000 €	1 200 €	1 600 €

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
AIDES AUDITIVES ⁽¹³⁾			
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ ⁽⁹⁾			
Aide auditive de Classe I (par oreille)	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
ÉQUIPEMENT DE CLASSE II			
Aide auditive de Classe II (par oreille)	125 % BRSS dans la limite de 1700 €	150 % BRSS dans la limite de 1700 €	250 % BRSS dans la limite de 1700 €
Allocation relative aux piles	Voir garantie « Aide auditive de Classe II »	Voir garantie « Aide auditive de Classe II »	Voir garantie « Aide auditive de Classe II »
Accessoires	Voir garantie « Aide auditive de Classe II »	Voir garantie « Aide auditive de Classe II »	Voir garantie « Aide auditive de Classe II »

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
MÉDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES			
Séance d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie, microkinésithérapie, étiopathie, naturopathie, phytothérapie, mésothérapie, sophrologie, réflexologie, non remboursée par la Sécurité sociale Consultation de diététicien, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe, non remboursée par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	100 €	120 €	140 €
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Forfait des Médecines douces, naturelles ou alternatives porté à :	120 €	140 €	160 €
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté Forfait des Médecines douces, naturelles ou alternatives porté à :	140 €	160 €	180 €

AUTRES PRESTATIONS

CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Forfait supplémentaire cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	100 €	130 €	150 €
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Forfait supplémentaire cures thermales acceptées par la Sécurité sociale porté à :	125 €	160 €	200 €
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté Forfait supplémentaire cures thermales acceptées par la Sécurité sociale porté à :	150 €	190 €	250 €

ACTES DE PRÉVENTION NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Substituts nicotiniques, dépistage audition, dépistage ostéoporose, matériel de surveillance de l'hypertension (limite par an et par bénéficiaire)	60 €	80 €	100 €
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Forfait des actes de prévention non remboursés par la Sécurité sociale porté à :	75 €	100 €	125 €
Bonus fidélité après 3 ans d'ancienneté Forfait des actes de prévention non remboursés par la Sécurité sociale porté à :	100 €	120 €	150 €

ALLOCATION

Allocation obsèques	-	500 €	800 €
---------------------	---	-------	-------

GARANTIES SANTÉIS SENIORS ⁽¹⁾

	FORMULE 3S	FORMULE 3S+	FORMULE 5S
SERVICES			
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION			
Aide ménagère		<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 20 heures en cas d'hospitalisation imprévue de 3 jours ou plus Jusqu'à 5 heures en cas d'hospitalisation imprévue inférieure à 3 jours, en cas d'hospitalisation programmée (quelle que soit sa durée) 	
Présence d'un proche à votre domicile		Prise en charge des frais de transport et d'hébergement (à hauteur de 80 € TTC par nuit, pour deux nuits au maximum)	
Transport et garde des animaux de compagnie (chien ou chat)		<ul style="list-style-type: none"> Frais de transports pris en charge (dans un rayon de 50 kilomètres du domicile) Jusqu'à 15 jours de garde de consécutifs pris en charge 	
Assistance psychologique 24 h/24 et 7 j/7		Sur simple appel téléphonique	
ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION À DOMICILE			
Recherche des coordonnées d'un professionnel de santé		Sur simple appel téléphonique	
Livraison de médicaments		Sur simple appel téléphonique	
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE MED&VOUS			
Un médecin disponible 24 h/24, 7 j/7, en moins de 30 minutes ou sur RDV, pour une consultation médicale à distance		Inclus dans votre offre	
PROTECTION JURIDIQUE MÉDICALE			
Assistance en cas de litige avec le corps médical, un établissement de soins ou la Sécurité sociale		Inclus dans votre offre	

QUELQUES DÉFINITIONS POUR MIEUX COMPRENDRE LE CONTRAT SANTÉIS SENIORS

- BRSS (Base de remboursement de la Sécurité Sociale) : tarif de base sur lequel s'appuie la Sécurité sociale pour faire son remboursement. Il varie en fonction de l'acte médical. Vous pouvez trouver le montant des BRSS sur le site Ameli.com.
- FR (Frais réels) : montant total des frais qui vous sont facturés.
- Dépassement d'honoraires : différence entre les frais réels et la BRSS.
- RAC (Reste à charge) : montant qu'il vous reste à payer après les remboursements de Generali et de la Sécurité sociale.
- 100 % FR : la totalité des frais que vous payez est prise en charge par Generali. Votre RAC est égal à zéro.
- Forfait en euros : montant qui vous est remboursé selon un plafond maximum annuel.

Exemple 1 : votre forfait est de 100 € par année en médecine naturelle. Vous vous rendez chez l'ostéopathe et la séance vous coûte 60 €. Generali vous rembourse 60 €, il vous reste 40 € à utiliser sur une autre consultation de médecine naturelle durant l'année.

Exemple 2 : COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR DEUXIEME PREMOLAIRE

Prothèse dentaire au prix de :	538,70 €
BRSS :	120,00 €
Remboursement Generali + Sécurité sociale : 255 % de la BRSS (120 € x 255 %) :	306,00 €
Reste à charge (RAC) :	232,70 €

- (1) • Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et intègrent le remboursement du régime obligatoire. En secteur non conventionné, la prise en charge des frais et honoraires médicaux et chirurgicaux est de 100 % BRSS.
- Les prestations exprimées en % FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement éventuel du régime obligatoire.
 - 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.
 - Les prestations exprimées par an s'appliquent par année d'assurance.
 - 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 frais de cure thermale lorsqu'ils sont pris en charge dans le tableau de remboursement ci-dessus).
 - Les bonus fidélité sont acquis à l'échéance anniversaire suivant l'année l'année d'ancienneté précisée dans le tableau de remboursement ci-dessus soit :
 - 1^{er} niveau : après une période de garantie au moins égale à une année d'assurance ;
 - 2^e niveau : après une période de garantie au moins égale à trois années d'assurance.

- (2) Lorsque vous relevez du régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par votre régime obligatoire.
- (3) Honoraires facturés en plus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.
- (4) Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2. Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel, l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM- CO) pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.
- (5) Médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- (6) 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 non remboursée par la Sécurité sociale dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.
- (7) • Appareil assistance respiratoire, appareil générateur d'aérosol, appareillage ventilation pression positive continue, dispositif médical, implant inerte, implant mu par électricité, matériel et appareil de contention, matériel et appareil de traitement DIV, prothèses extérieures non-orthopédiques, prothèses internes et accessoires, prothèses oculaires, véhicule pour handicapés physiques...
• Lorsque la limite du forfait est atteinte, la prise en charge du matériel médical remboursé par la Sécurité sociale est de 100 % BRSS.
- (8) • 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 deux ans. En cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Dans cette dernière hypothèse, une ordonnance sera exigée.
• Les montants en euros indiqués dans la grille optique s'appliquent par verre.
• Lorsque la limite du forfait « lentilles de contact » est atteinte, la prise en charge des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est de 100 % BRSS.
- (9) Tels que définis règlementairement (le montant des remboursements des soins et équipements 100 % Santé s'applique dans la limite du prix limite de vente sur l'optique et les aides auditives et dans la limite des honoraires limite de facturation sur le dentaire, en vigueur à la date des soins).
- (10) Si le soin est réalisé par un stomatologue : voir garantie Actes de spécialités dans la catégorie « Soins courants ».
- (11) Équipements remboursés par la Sécurité sociale n'appartenant pas à la catégorie « 100 % Santé ». Le montant des remboursements du panier aux « tarifs maîtrisés » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.
- (12) Plafond ne comprenant pas les soins dentaires, ni les soins et prothèses appartenant à la catégorie « 100 % Santé ». Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des équipements prothétiques n'appartenant à la catégorie « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale est de 100 % BRSS. Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.
- (13) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de quatre ans. Le montant du remboursement s'applique pour chaque prothèse.
- (14) Les forfaits supplémentaires s'appliquent sur le forfait verre garanti à la souscription du contrat. Le forfait bonus « après 1 an d'ancienneté » ne se cumule pas avec le forfait bonus acquis « après 3 ans d'ancienneté ».



VOTRE CONTACT

Dénomination sociale / Nom :

Adresse :

Tél : e-mail :

N° Orias* :

* Mention obligatoire pour les agents/courtiers.

Document non-contractuel à caractère publicitaire. Les garanties peuvent donner lieu à exclusions, limitations et franchises. Pour connaître le détail, l'étendue et les conditions de garantie, reportez-vous aux dispositions générales et particulières du contrat. La souscription d'un contrat ou de certaines garanties demeure soumise aux règles d'acceptation des risques de l'assureur.

Generali Vie - Société anonyme au capital de 336 872 976 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris.

Europ Assistance - Société Anonyme au capital de 48 123 637 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 451 366 405 RCS Paris - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris.

Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.