LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR VOUS, LES PROFESSIONNELS

IDÉO SANTÉ

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ADAPTÉE À VOS BESOINS

UNE COUVERTURE SANTÉ DE QUALITÉ

Vous bénéficiez d'un contrat souple et complet

- Vous choisissez parmi **5 formules**, responsables et conformes à la réforme 100 % santé, celle qui répond le mieux à vos attentes et à celles de vos proches (hospitalisation, soins dentaires, optique, consultation de spécialistes...). Le niveau des remboursements dépendra de la formule choisie.
- Vous êtes couverts pour des **dépenses non-remboursées par la Sécurité sociale** : prise en charge de certains médicaments (y compris l'homéopathie), forfait « médecines naturelles » complet (ostéopathie, acupuncture, étiopathie, sophrologie...), prise en charge des consultations auprès de certains auxiliaires médicaux (diététicien, podologue, psychologue...).
- Sur simple appel téléphonique, vous bénéficiez d'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.
- Grâce à votre carte de tiers payant, vous êtes dispensé d'avance de frais (dans la limite des garanties de votre contrat).

CARTE BLANCHE

- Vous pouvez profiter de cet avantage chez près de 170 000 professionnels de la santé, dont plus de 7600 opticiens et 1000 audioprothésistes indépendants ou franchisés du réseau Carte Blanche.

Vos remboursements sont simples et rapides

Dans 95 % des cas, grâce à la télétransmission, vous êtes remboursé **sous 48 h** à compter de la réception des informations par nos services de la part de votre régime obligatoire.

Avec votre accord, vos remboursements sont virés automatiquement sur votre compte bancaire ou postal.

DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

Votre **espace client** *monespace.generali.fr* personnel et sécurisé et l'application *mon generali* vous permettent de consulter vos remboursements en ligne, rechercher un professionnel de santé du réseau Carte Blanche, demander une prise en charge hospitalière, etc.

Bénéficiez également des **services Med&Vous** via votre espace client pour vous accompagner à tout moment :

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

Med&Vous BY europ assistance

UN CADRE FISCAL AVANTAGEUX

Vos cotisations sont déductibles de votre bénéfice imposable

Avec votre contrat Idéo Santé de Generali Vie, vous bénéficiez du cadre fiscal avantageux de la loi Madelin (Article 154 bis du Code général des impôts). Vous pouvez, sous réserve de certaines dispositions légales*, déduire vos cotisations de votre bénéfice imposable dans une limite maximale prévue par l'administration fiscale (7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 3,75 % de votre bénéfice imposable), le total ne devant pas dépasser 3 % de 8 fois le montant du PASS.

* *Vous devez impérativement être à jour du paiement des cotisations aux régimes vieillesse et maladie obligatoires.*

LA SANTÉ

Avec la complémentaire santé, l'adhérent bénéficie, ainsi que son conjoint et ses enfants à charge, du tiers payant généralisé et de prestations complétant celles des assurances sociales dans la limite des frais réels engagés et à concurrence des plafonds de remboursements définis.

Garanties santé

Les remboursements indiqués ci-dessous incluent les remboursements de la Sécurité sociale en fonction de sa base de remboursement (sauf pour les pourcentages exprimés en PMSS).

	G1	G2	G3	G4	G5
HOSPITALISATION[1]					
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires[2]					
Honoraires médicaux et chirurgicaux (hors chirurgiens-dentistes)					
Facturés par des médecins conventionnés adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[3]	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Facturés par des médecins conventionnés non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[4]	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des médecins non-conventionnés	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des professionnels médicaux non-médecins (sages-femmes)	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres Honoraires					
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en sus des frais de séjour	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
Frais de séjour en secteur conventionné					
Frais de séjour pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non-conventionné					
Frais de séjour pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	150 % BRSS	70 % FR	70 % FR	90 % FR
Autres frais					
Hospitalisation à domicile	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour)	1,5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Chambre particulière en secteur non-conventionné (par jour)	1,5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20 € par jour	20 € par jour	30 € par jour	30 € par jour	50 € par jour
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation (hors chambre particulière)	100 % BRSS	250 % BRSS	90 % FR	90 % FR	100 % FR
Transport médical hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS

	G1	G2	G3	G4	G5
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites médicales par des médecins généralistes					
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[3]	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[4]	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Consultations et visites médicales par des médecins spécialistes					
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[3]	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[4]	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Consultations et visites médicales par des professionnels médicaux non-médecins					
Réalisées par des sages-femmes	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)					
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[3]	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[4]	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »
Actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)					
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[3]	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée[4]	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »	Voir garanties « soins dentaires »
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux conventionnés remboursés par la Sécurité sociale	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	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Médicaments					
Médicaments, vaccins, homéopathie, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Médicaments (y compris pilules contraceptives, traitements œstro-progestatifs, implants contraceptifs), homéopathie et préparations magistrales non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	Néant	50 €	75 €	75 €	150 €
Vaccins non-remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	30 €	60 €	80 €	80 €	150 €
Matériel médical					
Prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires, grand et petit appareillage, autre dispositif médical remboursés par la Sécurité sociale non-mentionnés par ailleurs dans le tableau des garanties[5]	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
Forfait sur actes dits « lourds »	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
OPTIQUE[6]					
Equipement 100 % Santé[7]					
Monture de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]
Verre de Classe A	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]
Equipement optique de Classe B					
Monture de Classe B (Adulte et Enfant)	95 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Verre de Classe B	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 ou non par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS
Autres frais					
Chirurgie réfractive (limite par an et par bénéficiaire)	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

	G1	G2	G3	G4	G5
DENTAIRE[8]					
Soins[9]					
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)	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier aux « Tarifs maitrisés »	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier aux « Tarifs libres »	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Soins et Prothèses 100 % Santé[7]					
Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]	Frais intégralement remboursés[7]
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]
Acte de réparation ou de supplément de prothèse	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]
Prothèses[10]					
Panier aux « Tarifs maitrisés »					
Prothèse dentaire fixe	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Core	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Acte de réparation ou de supplément de prothèse	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Panier aux « Tarifs libres »					
Prothèse dentaire fixe	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Core	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Acte de réparation ou de supplément de prothèse	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Implantologie	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale					
Orthodontie	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Soins et équipements non remboursés par la Sécurité sociale					
Prothèse dentaire et Inlay-core (par acte)	Néant	6 % PMSS	11 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Parodontologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Implantologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	8 % PMSS	12 % PMSS	18 % PMSS	30 % PMSS
Orthodontie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	6 % PMSS	10 % PMSS	14 % PMSS	24 % PMSS

	G1	G2	G3	G4	G5
AIDES AUDITIVES[11]					
Equipement 100 % Santé[7]					
Aides auditive de Classe I (Adulte et Enfant)	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]	À partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés[7]
Aide auditive de Classe II					
Aide auditive de Classe II (Adulte et Enfant)	À partir du 01/01/2021 : 100 % BRSS dans la limite de 1700 €	À partir du 01/01/2021 : 150 % BRSS dans la limite de 1700 €	À partir du 01/01/2021 : 250 % BRSS dans la limite de 1700 €	À partir du 01/01/2021 : 300 % BRSS dans la limite de 1700 €	À partir du 01/01/2021 : 500 % BRSS dans la limite de 1700 €
Allocation relative aux piles	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »
Accessoires	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »
MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES					
Consultation de diététicien, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Ergothérapeute, Homéopathe non remboursé par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire).	2 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
AUTRES PRESTATIONS					
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale					
Cures thermales (limite par an et par bénéficiaire)	5 % PMSS	10 % PMSS	12,50 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
Actes de prévention non-remboursés par la Sécurité sociale					
Forfait substituts nicotiniques, dépistage audition, ostéodensitométrie, matériel de surveillance de l'hypertension (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	60 €	80 €	80 €	100 €
Allocation					
Allocation naissance - adoption	5 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS	25 % PMSS
SERVICES					
Tiers payant étendu	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Protection jurifique médicale	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation médicale	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

	G1	G2	G3	G4	G5
GRILLE OPTIQUE					
Myopie ou hypermétropie (verre simple foyer sphérique)	En euros par verre	En euros par verre	En euros par verre	En euros par verre	En euros par verre
Sphère de -6,00 à +6,00	45 €	60 €	80 €	95 €	125 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	95 €	155 €	220 €	220 €	250 €
ASTIGMATISME (VERRE SIMPLE FOYER SPERO-CYLINDRIQUE)					
Sphère inférieure ou égale à 0 (cas de myopie)					
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Sphère supérieure à 0 (cas d'hypermétropie)					
Somme sphère+cylindre inférieure ou égale à +6,00	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Somme sphère +cylindre supérieur à +6,00	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
PRESBYTIE (VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE)					
Sphère de -4,00 à +4,00	80 €	95 €	110 €	140 €	185 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	185 €	280 €	300 €	300 €	350 €

PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE)					
Sphère inférieure ou égale à 0 (cas de myopie)					
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -8,00 à 0	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -8,00	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à 0	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Sphère supérieure à 0 (cas d'hypermétropie)					
Somme sphère +cylindre inférieure ou égale à +8,00	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Somme sphère +cylindre supérieur à +8,00	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : 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. La Participation de l'Assuré (ticket modérateur) aux tarifs remboursés 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). Toutes les prestations exprimées «par an» s'entendent par année d'adhésion.
Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge (cf notice d'information).
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 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) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(3) Praticiens adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit de 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 remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et 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.

(4) Praticiens non-adhérant 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).

(5) 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...

(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 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 cette dernière hypothèse, une ordonnance sera exigée. Les montants en euros indiqués dans la grille optique s'entendent par verre.

(7) Tels que définis règlementairement (le montant des remboursements des soins et équipements 100 % Santé s'applique dans la limite du prix limite de vente de l'optique et les aides auditives et les honoraires limite de facturation pour le dentaire, en vigueur à la date des soins).

(8) Les prothèses afférentes aux paniers « 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 d'adhésion. 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 100 % BRSS. Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.

(9) Si le soin est réalisé par un stomatologue, voir garanties « Actes de spécialités ».

(10) Equipements remboursés par la Sécurité sociale, n'appartenant pas à la catégorie 100 % Santé. Le montant des remboursements du panier aux « Tarifs maitrisés » 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. Les montants de remboursements s'entendent par aide auditive.

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 demeure soumise à nos règles d'acceptation des risques.

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, France.

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

SG871MARK-23 - Avril 2023 - Photo : Getty Images - Studio graphique