



LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ QUI VOUS VA À RAVIR

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 santé correspondant à l'évolution de vos besoins. **L'offre La Santé Seniors propose six formules de garanties couvrant en partie ou en totalité vos dépenses de santé.**



DES GARANTIES EN RÉPONSE
À L'ÉVOLUTION DE VOS BESOINS

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

Vos besoins évoluent, c'est pourquoi La Santé Seniors prend 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.).



VOTRE FIDÉLITÉ RÉCOMPENSÉE
APRÈS 1 AN D'ANCIENNETÉ

Avec le contrat La Santé Seniors **vous bénéficiez de deux bonus fidélité** : le 1^{er} dès 1 an après le début de votre contrat, le second 3 ans après le début de votre contrat.

Grâce à ces bonus, vos plafonds de garanties augmentent sur de nombreux postes de soins (chambre particulière, monture de lunettes, prothèses dentaires, soins de médecine douce et cures thermales) pour vous permettre d'être mieux remboursés. Par exemple, pour un contrat souscrit au 1^{er} janvier 2020, vos garanties augmenteront deux fois : le 1^{er} janvier 2021 puis le 1^{er} janvier 2023.



DES SERVICES MED&VOUS
POUR VOUS ACCOMPAGNER
À TOUT MOMENT

Pour vous et votre famille, des services intégralement pris en charge par Generali.

- **Téléconsultation médicale** : pour votre santé au quotidien, accédez à une téléconsultation médicale en France ou à l'étranger avec un médecin généraliste ou spécialiste par téléphone ou sur votre portail Med&Vous.
- **Second avis médical** : en cas de maladie grave ou de problème de santé complexe, connectez-vous à Med&Vous et obtenez sous 7 jours le second avis d'un spécialiste.
- **Programme hospitalisation pour un accompagnement personnalisé** et un panel de prestations en cas d'hospitalisation à retrouver sur Med&Vous. En cas d'hospitalisation (quelle que soit sa durée et qu'elle soit programmée ou pas), nous prenons en charge :
 - une aide ménagère à votre domicile à votre retour chez vous (sous conditions) ;
 - 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 ;
 - jusqu'à trois entretiens téléphoniques de soutien psychologique.



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.**



PAS D'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.



La Santé Seniors, c'est aussi...

Une absence de sélection médicale

quel que soit votre âge et, une couverture immédiate à vie dès la souscription, dans les conditions et limites prévues au contrat.

Un espace client pour faciliter vos démarches

[Monespace.generalif.fr](https://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 ou un remboursement, etc.



TABLEAU DES GARANTIES À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2024

GARANTIES⁽¹⁾ LA SANTÉ SENIORS	FORMULE 1S	FORMULE 2S	FORMULE 3S OPTIQUE /DENTAIRE	FORMULE 3S HOSPITALISA- TION/SOINS	FORMULE 4S	FORMULE 5S
HOSPITALISATION						
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER						
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	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 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR
- facturés par des médecins conventionnés non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- facturés par des médecins non conventionnés	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- facturés par des professionnels médicaux non-médecins (sages-femmes)	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en plus des frais de séjour	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	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 EN SECTEUR CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR
FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS	300 % BRSS
AUTRES FRAIS						
Chambre particulière en secteur conventionné ⁽⁶⁾	-	50 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour	125 €/jour
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Forfait de la chambre particulière en secteur conventionné porté à :	-	60 €/jour	70 €/jour	90 €/jour	110 €/jour	140 €/jour
Chambre particulière en secteur non conventionné (dans la limite de 30 jours/an)	-	-	-	-	50 €/jour	50 €/jour
Forfait téléphone/télévision/internet (dans la limite de 30 jours/an)	-	-	-	4 €/jour	8 €/jour	8 €/jour
Lit d'accompagnant (dans la limite de 30 jours/an)	-	25 €/jour	25 €/jour	50 €/jour	50 €/jour	50 €/jour
Transport médical hospitalier	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	100 % FR	100 % FR
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	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Hospitalisation à domicile	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS	300 % BRSS
SOINS COURANTS						
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations et visites médicales par des médecins généralistes						
- réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	225 % BRSS	300 % BRSS
- réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Consultations et visites médicales par des médecins spécialistes						
- réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
- réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS

Voir définitions en page 8 de ce document.

GARANTIES LA SANTÉ SENIORS

	FORMULE 1S	FORMULE 2S	FORMULE 3S OPTIQUE /DENTAIRE	FORMULE 3S HOSPITALISATION /SOINS	FORMULE 4S	FORMULE 5S
SOINS COURANTS						
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations et visites médicales par des professionnels médicaux non-médecins						
- réalisées par des sages-femmes	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
- 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 »	Voir garanties « soins dentaires »
Actes de spécialités (K), Actes techniques médicaux (ATM)						
- réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁴⁾	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
- réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % 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 »	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 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
- réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽⁵⁾	100 % BRSS	125 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
- réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % 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 »	Voir garanties « soins dentaires »
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux conventionnés remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % 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	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
MÉDICAMENTS						
Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments, homéopathie, substituts nicotiniques et préparations magistrales non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	-	-	-	75 €	100 €	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	-	-	-	50 €	100 €	100 €
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèses orthopédiques, petit et grand appareillage, autre dispositif médical non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties, remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	400 % 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

Voir définitions en page 8 de ce document.

GARANTIES LA SANTÉ SENIORS

	FORMULE 1S	FORMULE 2S	FORMULE 3S OPTIQUE/ DENTAIRE	FORMULE 3S HOSPITALISATION /SOINS	FORMULE 4S	FORMULE 5S
OPTIQUE⁽⁸⁾						
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ ⁽⁹⁾						
Monture de Classe A (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
Verres de Classe A (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B						
Monture de Classe B (adulte et enfant)	50 €	60 €	100 €	80 €	100 €	100 €
Bonus fidélité 1 an après le début du contrat - Garantie de la monture de Classe B portée à :	60 €	80 €	100 €	90 €	100 €	100 €
Bonus fidélité 3 ans après le début du contrat - Garantie de la monture de Classe B portée à :	70 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Verres de Classe B	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 ou non par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	60 €	100 €	150 €	150 €	300 €	300 €
DENTAIRE⁽¹⁰⁾						
SOINS ⁽¹¹⁾						
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	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS
Inlay-Onlay du Panier aux « Tarifs maîtrisés »	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS
Inlay-Onlay du Panier aux « Tarifs libres »	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁹⁾						
Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	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⁾	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⁾	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⁾	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⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
PROTHÈSES ⁽¹²⁾						
Panier aux « Tarifs maîtrisés »						
Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS

Voir définitions en page 8 de ce document.

GARANTIES LA SANTÉ SENIORS

	FORMULE 1S	FORMULE 2S	FORMULE 3S OPTIQUE/DENTAIRE	FORMULE 3S HOSPITALISATION /SOINS	FORMULE 4S	FORMULE 5S
DENTAIRE⁽¹⁰⁾						
PROTHÈSES⁽¹²⁾						
Inlay-Core	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Actes de réparation ou de supplément de prothèse	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Panier aux « Tarifs libres »						
Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Actes de réparation ou de supplément de prothèse	125 % BRSS	300 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Implantologie	125 % BRSS	300 % BRSS	300 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Garantie des Prothèses remboursées par la Sécurité sociale (hors équipement 100 % Santé) portée à :	140 % BRSS	225 % BRSS	325 % BRSS	275 % BRSS	375 % BRSS	475 % BRSS
Bonus fidélité après 3 an d'ancienneté Garantie des Prothèses remboursées par la Sécurité sociale (hors équipement 100 % Santé) portée à :	150 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Prothèses dentaires, Implantologie (limite par an/bénéficiaire)	-	50 €	200 €	100 €	200 €	400 €
Plafond annuel des remboursements dentaires (hors soins remboursés par la Sécurité sociale et hors équipement Santé) par bénéficiaire ⁽¹³⁾	400 €	600 €	1 500 €	800 €	1 500 €	2 000 €
Bonus fidélité après 1 an d'ancienneté Plafond annuel des remboursements dentaires porté à :	500 €	700 €	2 000 €	1 000 €	2 000 €	3 000 €
Bonus fidélité après 3 an d'ancienneté Plafond annuel des remboursements dentaires porté à :	600 €	800 €	2 500 €	1 200 €	2 500 €	3 500 €

AIDES AUDITIVES⁽¹⁴⁾

ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ⁽⁹⁾

Aide auditive de Classe I (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾	Frais intégralement remboursés ⁽⁹⁾
---	--	--	--	--	--	--

ÉQUIPEMENT DE CLASSE II

Aide auditive de Classe II (adulte et enfant)	100 % BRSS dans la limite de 1 700 €	125 % BRSS dans la limite de 1 700 €	150 % 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 €
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	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	Voir garantie Aide auditive de Classe II	Voir garantie Aide auditive de Classe II	Voir garantie Aide auditive de Classe II

Voir définitions en page 8 de ce document.

GRILLE OPTIQUE LA SANTÉ SENIORS

	FORMULE 1S	FORMULE 2S	FORMULE 3S OPTIQUE /DENTAIRE	FORMULE 3S HOSPITALISATION /SOINS	FORMULE 4S	FORMULE 5S
--	------------	------------	------------------------------------	---	------------	------------

VERRE UNIFOCAL SPHÉRIQUE (EN EUROS PAR VERRE)

Sphère de -6,00 à +6,00	40 €	60 €	140 €	70 €	140 €	140 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €

VERRE UNIFOCAL SPHÉRO-CYLINDRIQUE (EN EUROS PAR VERRE)

SPHÈRE INFÉRIEURE OU ÉGALE À 0 (CAS DE MYOPIE)

Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	40 €	60 €	140 €	70 €	140 €	140 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €

SPHÈRE SUPÉRIEURE À 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)

Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00	40 €	60 €	140 €	70 €	140 €	140 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €

VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRIQUE (EN EUROS PAR VERRE)

Sphère de -4,00 à +4,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €

VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHÉRO-CYLINDRIQUE (EN EUROS PAR VERRE)

SPHÈRE INFÉRIEURE OU ÉGALE À 0 (CAS DE MYOPIE)

Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -8,00 à 0	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -8,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à 0	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €

SPHÈRE SUPÉRIEURE À 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)

Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +8,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +8,00	90 €	110 €	200 €	140 €	200 €	250 €

Voir définitions en page 8 de ce document.



QUELQUES DÉFINITIONS

POUR MIEUX COMPRENDRE LE CONTRAT LA SANTÉ 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.fr.
- 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.
- 200 % BRSS : 200 % de la BRSS est remboursée dans la limite des frais réels (en fonction du montant du dépassement des honoraires et du pourcentage de la BRSS remboursé, le RAC est plus ou moins élevé).
Dans nos tableaux de remboursement de Generali, ce pourcentage inclut le remboursement de la Sécurité sociale (voir exemple).
- 100 % FR : la totalité des frais que vous payez est prise en charge par Generali. Votre RAC est toujours 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 deuxième prémolaire

Prothèse dentaire au prix de :	554,00 €
BRSS :	120,00 €
Remboursement Generali + Sécurité sociale : 255 % de la BRSS (120 € x 255 %) :	306,00 €
Reste à charge (RAC) :	248,00 €

- (1) • 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 prestations exprimées en % FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement de 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.
 - Les prestations exprimées par an s'entendent 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 d'ancienneté précisée dans le tableau de remboursement.
- (2) Lorsque vous relevez du régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par votre régime local.
- (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...
- (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.
 - Les montants en euros indiqués dans la grille optique s'entendent 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 réglementairement (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) Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par Generali.
- (11) Si le soin est réalisé par un stomatologue : voir garantie « Actes de spécialités ».
- (12) • 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 de facturation, en vigueur à la date des soins.
- (13) 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 n'appartenant pas à la catégorie « 100 % Santé » ainsi que les actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale est de 100 % BRSS.
- (14) • 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'entend par prothèse.



GV2A82BRA_FICHEWEB - FIAC - Janvier 2024 - Photos : Getty Images - Studio graphique

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 341 059 488 euros, 602 062 481 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances. N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV.

Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris.

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