



# Tableau des garanties SERENISSIME

Les niveaux de garanties exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent et incluent les éventuels remboursements du Régime obligatoire.

	SERENIS 150	SERENIS 200	SERENIS 250	SERENIS 300
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup></b>				
Frais de séjour secteur conventionné	150 %	200 %	250 %	300 %
Frais de séjour secteur non conventionné	-	-	100 %	150 %
Honoraires du médecin, chirurgien, et de l'anesthésiste réanimateur	150 %	200 %	250 %	300 %
OPTAM ou OPTAM-CO	130 %	180 %	200 %	200 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO				
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour) <sup>(2)</sup>	-	30€ / jour max 30 jours / an	40€ / jour max 60 jours / an	50€ / jour illimité
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	150 %	200 %	250 %	300 %
Lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans <sup>(2)</sup>	-	15€ / jour max 10 jours / an	20€ / jour max 10 jours / an	20€ / jour max 30 jours / an
<b>DENTAIRE</b>				
Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	150 %	200 %
Soins et Prothèses dans le cadre du 100 % Santé* (a)				
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Actes prothétiques hors cadre du 100 % Santé* (Panier libre & maîtrisé)				
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire	150 %	175 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Implantologie non remboursé par le R.O. (délai d'attente : 9 mois)	-	-	500 €	800 €
Parodontologie non remboursé par le R.O. (délai d'attente : 9 mois)	-	-	150 €	300 €
Plafond annuel de remboursement (au-delà du plafond 100% de la BR)	-	-	800 € année 1	1 200 € année 1
Réforme 100 % SANTE - A partir du 1 <sup>er</sup> Janvier 2020			Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé <sup>(6)</sup>	
<b>OPTIQUE <sup>(3)</sup></b>				
Equipements 100% santé* (a)				
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A				
Equipements hors 100% santé*				
Equipement complet (monture limitée à 100 € + 2 verres)				
- Equipement avec 2 verres simples	100 €	125 €	150 €	200 €
- Equipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	125 €	135 €	170 €	230 €
- Equipement avec 2 verres complexes ou très complexes	200 €	200 €	200 €	250 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 €	125 €	150 €	250 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / oeil et / an	100 €	125 €	150 €	250 €
Bonus dès la 3 <sup>ème</sup> année (si pas de remboursement l'année précédente) <sup>(5)</sup>	ajout de 25€ / an limité à 100€	ajout de 25€ / an limité à 100€	ajout de 30€ / an limité à 120€	ajout de 50€ / an limité à 150€
Réforme 100 % SANTE - A partir du 1 <sup>er</sup> Janvier 2020			Zéro reste à charge dans la limite du panier Optique 100 % Santé <sup>(7)</sup>	
<b>HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)</b>				
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (hors CNPSY et VNPSY)				
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	200 %
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	105 %	130 %	180 %
Actes techniques médicaux (ATM)				
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	100 %	125 %	150 %	200 %
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	105 %	130 %	180 %
Hors OPTAM ou OPTAM-CO				
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	100 %	125 %	150 %	200 %
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	105 %	130 %	180 %
Hors OPTAM ou OPTAM-CO				
Auxiliaires médicaux	100 %	125 %	150 %	200 %
Analyses médicales	100 %	125 %	150 %	200 %
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	150 %	200 %
<b>PHARMACIE</b>				
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire	-	25 € / an	50 € / an	75 € / an
<b>APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE</b>				
<b>Prestations assurées jusqu'au 31 décembre 2020</b>				
Bilan auditif	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses orthopédiques et auditives (petits et gros appareillages)	100 % + 50 € / an	125 % + 75 € / an	150 % + 100 € / an	200 % + 150 € / an
Bonus forfait prothèses auditives (si pas de remboursement l'année précédente)	25% / an limité à 100€ / contrat	25% / an limité à 100€ / contrat	25% / an limité à 100€ / contrat	25% / an limité à 100€ / contrat
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)	-	30 € / an	60 € / an	100 € / an
Petit appareillage, accessoires, pansements	100 %	125 %	150 %	200 %
Gros appareillage	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	150 %	200 %
<b>Prestations assurées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021</b>				
Equipements 100 % santé* (a)				
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100 % santé*				
Bilan auditif	100 %	125 %	150 %	200 %
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100 % santé* (Appareil de classe II à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum 1700 € par oreille à appareiller (d).	100 % + 50 € / an	125 % + 75 € / an	150 % + 100 € / an	200 % + 150 € / an
Bonus forfait prothèses auditives (si pas de remboursement l'année précédente)	25% / an limité à 100€ / contrat	25% / an limité à 100€ / contrat	25% / an limité à 100€ / contrat	25% / an limité à 100€ / contrat
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)	-	30 € / an	60 € / an	100 € / an
Réforme 100 % SANTE - A partir du 1 <sup>er</sup> Janvier 2021			Zéro reste à charge dans la limite du panier Aide Auditives 100% Santé <sup>(8)</sup>	
<b>CURES THERMALES</b>	<b>100 %</b>	<b>125 %</b>	<b>150 %</b>	<b>200 %</b>
<b>MEDECINE COMPLEMENTAIRE</b>				
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire	-	30€ / séance max 60€ / an	30€ / séance max 90€ / an	30€ / séance max 120€ / an
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire				
<b>ACTES DE PREVENTION</b>				
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire	25 € / an	45 € / an	60 € / an	75 € / an
<b>ASSISTANCE</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>
<b>FORMULE DE GARANTIE SÉLECTIONNÉE</b>	<b>■</b>	<b>■</b>	<b>■</b>	<b>■</b>

(1) (2) (3) (4) (5) : Voir au verso



# Tableau des garanties SERENISSIME

Le prix des garanties est fonction de plusieurs critères (à savoir : l'âge, le montant des garanties souscrites, la zone géographique d'habitation...). Par conséquent, le tarif qui vous sera applicable, fonction des choix que vous aurez formulés, sera précisé sur le devis qui vous sera communiqué.

Les formules de garantie complémentaire santé SERENIS précédemment décrites s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré. Les conditions de mise en application de ces garanties sont décrites dans les Conditions Générales valant Notice d'Information du produit.

## Définitions

**BASE DE REMBOURSEMENT (BR)** : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

**REGIME OBLIGATOIRE (RO)** : Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

**\*DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée telle que définie aux Conditions Générales valant Notice d'Information. La mention « adhérent » s'entend pour le médecin qualifié sur le poste de garantie correspondant. Le DPTAM vient se substituer aux notions de CAS / hors-CAS (Contrat d'accès aux soins).

**\*\*REFORME 100 % SANTÉ** : Le 100 % SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débute progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(1) Sur les formules SERENIS 200, 250 et 300, le poste hospitalisation est limité à la formule SERENIS 150 les 6 premiers mois du contrat.

(2) Hospitalisation en secteur spécifique : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie : la prise en charge s'effectue :

- dans la limite de 30 jours par an et par assuré pour la chambre particulière

- dans la limite de 100 % du BR au-delà de 30 jours par an et par assuré pour les frais de séjours et honoraires médicaux

(3) Dans la limite d'un équipement complet (monture + 2 verres ou lentilles) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré.

(4) **Verre simple** : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif ou Verre ultra complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

(5) La prestation totale pour un équipement (verres + monture) ne peut en aucun cas dépasser les plafonds définis par le décret sur les contrats responsables.

(6) **Panier Dentaire 100 % santé** : Les garanties Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays Inlay-Core, Prothèses dentaires qui composent le panier 100 % santé seront entièrement remboursées à partir du 1er janvier 2020 (calendrier progressif). Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

(7) **Panier Optique 100 % santé** : À partir du 1er janvier 2020 et conformément à la réforme 100 % Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100 € dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30 € pour un équipement de classe A. Le panier « 100 % santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100 €. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100 €).

(8) **Panier Aides auditives 100 % santé** : Les tarifs des aides auditives faisant l'objet du panier « 100 % santé » seront plafonnés à compter du 1er janvier 2019 et progressivement réduits. A partir de la même date, la base de remboursement de la Sécurité sociale sera progressivement augmentée. A compter de 2021, les équipements seront garantis sans reste à charge, pour les aides auditives « 100 % santé ». Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

## Informations 100 % Santé\*

### \* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé\* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appariage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

### En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements :

- à compter du 1er janvier 2020, les soins prothétiques dentaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % santé » sont intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.

- Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

- à compter du 1er janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100% Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.