



ASSURANCE DE PERSONNES - SANTÉ

PLÉNITUDE - 100 % SANTÉ



“ LE CONFORT POUR TOUS

Plénitude est une complémentaire santé conçue pour les 16 ans actifs et plus. Le produit Plénitude est idéal pour les besoins spécifiques de toute la famille, bonus dentaire et forfait optique en hausse dès la deuxième année, prise en charge des médecines douces.

SOUSCRIPTEUR

- Célibataire, Couple ou Famille
- À partir de 16 ans et sans limite d'âge de souscription

SOUSCRIPTEUR

- L'adhérent et ses ayants droits désignés au bulletin d'adhésion
 - Son conjoint(e)/concubin(e)/Pacs
 - Ses enfants : de moins de 18 à charge ou de 18 à 26 ans inclus encore scolarisé / en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage / inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi
 - Ses ascendants reconnus à la charge de l'adhérent par le régime obligatoire

POINTS FORTS PLÉNITUDE

- Aucune formalité médicale
- Tiers payant Almerys
- Protection juridique
- Assistance incluse
- Soutien financier
- Prise en charge des médecines douces

AVANTAGES PLÉNITUDE

- 10% de remise pour les couples (hors frais)
- 10% de remise pour les TNS (hors frais)
- Evolution des bonus dentaires dès la deuxième année
- Forfait optique en hausse dès la deuxième année
- Adhésion possible sans limite d'âge

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Les frais de gestion et la cotisation FAP de 4,40 € par mois sont incompressibles.
- Tous les régimes sont compatibles sur un même bulletin d'adhésion.
- Le produit est éligible à l'offre vente couplée Santé-Prévoyance.

TABLEAU DES GARANTIES PLÉNITUDE 100% SANTÉ - EQC088BTG2 - 12/2019
TABLEAU DE GARANTIES PLÉNITUDE 100% SANTÉ - EQC088BTG2

	P100	P125	P150	P175
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE				
Forfait journalier Hospitalier ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires en secteur conventionné				
• Médecins adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	125%	150%
• Médecins non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	105%	130%
Honoraires en secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	125%	150%
Frais de séjour				
• En établissements conventionnés ⁽²⁾⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• En établissements non conventionnés ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière en chirurgie, médecine et maternité	-	35€ / jour	50€ / jour	60€ / jour
Frais d'accompagnant d'un adulte de plus de 70 ans ⁽⁵⁾	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux	100%	100%	125%	150%
• Médecins généralistes ou spécialistes adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	150%	175%
6 mois après la prise d'effet du contrat (hors médecins radiologues)	100%	100%	125%	150%
• Médecins généralistes ou spécialistes non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	105%	130%
6 mois après la prise d'effet du contrat (hors médecins radiologues)	100%	105%	130%	155%
Honoraires paramédicaux	100%	100%	125%	150%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	125%	150%
Médicaments	100%	100%	100%	100%
Matériel médical				
• Orthopédie, petit appareillage et accessoires ⁽⁶⁾	100%	100%	100%	100%
• Grand appareillage	100%	100%	125%	150%
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100%	100%	100%	100%
Médecines douces non remboursées par le RO par bénéficiaire Pédicure, Homéopathie, Ostéopathe, Chiropracteur	-	25€ / an	70€ / an	110€ / an
OPTIQUE				
LUNETTERIE - Remboursement tous les deux ans* et par bénéficiaire selon les spécifications techniques du verre				
Lunetterie entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe à prise en charge renforcée):			Remboursement intégral Remboursement intégral 100%	
• Deux verres de classe A			Remboursement intégral	
• Une monture de classe A			Remboursement intégral	
• Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)			100%	
• Prestation d'appairage			Remboursement intégral	
• Supplément pour verres avec filtre			Remboursement intégral	
Lunetterie entrant dans le cadre du panier libre ⁽⁸⁾ (Le remboursement de la monture est plafonné à 100€)				
• Equipement à verres simples	100%	50€	75€	100€
• Equipement avec un verre simple et un verre complexe	100%	125€	150€	175€
• Equipement avec un verre simple et un verre très complexe	100%	125€	150€	175€
• Equipement à verres complexes	100%	200€	225€	250€
• Equipement avec un verre complexe et un verre très complexe	100%	200€	225€	250€
• Equipement avec verres très complexes	100%	200€	225€	250€
LENTILLES ET CHIRURGIE RÉFRACTIVE				
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) ⁽¹¹⁾	100%	50€	75€	100€
Chirurgie corrective non remboursées par la Sécurité sociale par œil ⁽¹¹⁾	100%	50€	100€	150€
DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le champ du panier 100% santé			Remboursement intégral	
Soins	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le champ des paniers à honoraires modérés ou libres ⁽¹¹⁾	100%	100%	150%	200%
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	150%	200%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	100%	100%	150%	200%
• Bonus deuxième année	+ 10%	+ 20%	+ 20%	+ 20%
• Bonus troisième année	+ 17,5%	+ 35%	+ 35%	+ 35%
• Bonus quatrième année	+ 20%	+ 40%	+ 40%	+ 40%
AIDES AUDITIVES				
Prestations assurées jusqu'au 31 décembre 2020 (voir 100% SANTÉ)				
Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	125%	150%
PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE				
Forfait cure thermale sous réserve d'acceptation par le RO pour 21 jours minimum.	-	100€	150€	200€
Médecines douces non remboursées par le RO par bénéficiaire Pédicure, Homéopathie, Ostéopathe, Chiropracteur	-	25€	70€	110€
Sevrage tabac	35€	35€	35€	35€
Ostéodensitométrie refusée par le RO	25€	25€	30€	35€
Alèses, couchés	40€	40€	40€	40€
Vaccins refusés par le RO	15€	15€	15€	15€
SERVICES				
Protection juridique médicale (selon Notice d'information séparée)				
Assistance (selon Convention séparée)	Oui	Oui	Oui	Oui
Soutien financier (selon Notice d'information séparée)				

SPÉCIAL RÉFORME 100% SANTÉ

Le contrat PLENITUDE est labélisé « 100% Santé ».

La mise en place du dispositif « 100% santé » sous ses divers aspects va s'effectuer progressivement au cours des années 2019 à 2022.

La prise en charge des dépenses d'Audioprothèse concernées par le 100% sera donc adaptée en fonction du calendrier défini par la réglementation.

En conséquence les garanties entrant dans le cadre du 100% Santé évolueront selon les modalités ci-dessous.

AIDES AUDITIVES

ACTES PROTHÉTIQUES

Prestations assurées à partir du 1^{er} janvier 2021

Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe à prise en charge renforcée) - appareil de classe 1	Remboursement intégral			
	Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier libre (classe à prise en charge renforcée) - appareil de classe 2 ⁽¹²⁾	100%	100%	125%
Entretien de l'appareillage	100%	125%	150%	175%

Détail des garanties PLENITUDE

Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur. »

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : CAS (Contrat d'Accès aux Soins), OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie/Obstétrique)

(2) Frais personnels non pris en charge (télévision, blanchisserie, téléphone, boissons).

(3) Limité à hauteur de la garantie, par an et par bénéficiaire, pendant une durée déterminée :

- 30 jours en milieux spécialisés, service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie
- 90 jours en rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation, (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Puis réduite à 100% du tarif de responsabilité.

(4) Illimité, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR), où la durée est limitée à 90 jours, par an et par bénéficiaire.

(5) Maximum 30 jours par an pour un accompagné de plus de 70 ans, délai de carence 45 jours.

(6) Cela comprend les corsets, plâtres, cannes anglaises, lit médical, seringues, postiches, genouillères.

(7) Prestations de prévention du contrat responsable prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(8) Optique :

- Verres simples : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- Verres complexes : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

(10) Le bonus se cumule d'une année sur l'autre.

(11) Délai d'attente incompressible de 6 mois. Pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci seront remboursés à 100% BR durant ce délai d'attente.

(12) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale)

(*) Période décomptée à partir de la date d'achat du dernier équipement (lunettes ou aide auditive)