

PEPS Eco Active R5

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément du RO (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION en établissement conventionné ou non conventionné ⁽¹⁾		
Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % DE
	En établissement non conventionné	115 € / jour (dans la limite de 1430 € / an)
Honoraires	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	300 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		100 % du forfait
Chambre particulière ⁽³⁾	Par nuitée	90 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	36 €
Lit d'accompagnant par nuitée ⁽³⁾	Bénéficiaire de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans	90 €
Allocation maternité y compris adoption plénière (doublée en cas de naissance gémellaire) non remboursée		200 €
Fécondation in vitro non remboursée par an		200 €
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁴⁾ - À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire		Sans reste à payer
Soins	Soins dentaires	1M
	Inlay / Onlay ⁽⁵⁾	200 €
	Parodontologie non remboursée - par an et par bénéficiaire	170 €
Orthodontie - DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Orthodontie remboursée ⁽⁶⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	550 €
Orthodontie - HORS RÉSEAU KALIXIA	Orthodontie remboursée ⁽⁶⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	475 €
Orthodontie non remboursée ⁽⁶⁾ sur avis du chirurgien-dentiste consultant - par semestre de traitement et par bénéficiaire		475 €
Prothèses dentaires ⁽⁵⁾	Prothèses dentaires ⁽⁶⁾	300 €
	Bonus : remboursement majoré, si 3 ans consécutifs sans consommation ⁽⁶⁾	30 €
	Supplément pour prothèses dentaires sur dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) ⁽⁶⁾	100 €
	Couronnes et prothèses non remboursées - par an et par bénéficiaire	300 €
	Inlay Core	180 €
Implantologie - DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant et par bénéficiaire	520 €
Implantologie - HORS RÉSEAU KALIXIA	Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant et par bénéficiaire	450 €
Plafond dentaire ⁽⁷⁾		Dans la limite de 2 300 € / an / bénéficiaire
OPTIQUE ⁽⁸⁾ - Pour tous les cas de renouvellement, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales du contrat		Bénéficiaire de 16 ans et plus Bénéficiaire de moins de 16 ans
Équipement 100 % Santé ⁽⁴⁾ (Classe A) : lunettes (monture + 2 verres ⁽⁹⁾), y compris l'examen de la vue par l'opticien		Sans reste à payer
Lunettes (monture + 2 verres ⁽⁹⁾) de Classe B - DANS LE RÉSEAU KALIXIA ⁽¹⁰⁾ - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Par monture de lunettes	100 € (RO compris)
	Par verre simple	100 % DE
	Par verre complexe	100 % DE
	Par verre très complexe	100 % DE

PEPS Eco Active R5

Lentilles prescrites ⁽¹¹⁾ - DANS LE RÉSEAU KALIXIA⁽¹⁰⁾ par an et par bénéficiaire		165 €	
Lunettes (monture + 2 verres ⁽⁹⁾) de Classe B - HORS RÉSEAU KALIXIA	Par monture de lunettes	100 € (RO compris)	
	Par verre simple	90 €	70 €
	Par verre complexe	140 €	
	Par verre très complexe	190 €	140 €
Lentilles prescrites ⁽¹¹⁾ - HORS RÉSEAU KALIXIA par an et par bénéficiaire		165 €	
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien		TM	
Chirurgie optique réfractive - par œil		550 €	
Implants multifocaux - par œil		300 €	

AIDE AUDITIVE⁽¹²⁾ - Jusqu'au 31/12/20 - Par oreille, par an et par bénéficiaire		
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - DANS LE RÉSEAU KALIXIA	Sur offre Prim' Audio	100 % DE
	Sur les autres appareils	700 €
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - HORS RÉSEAU KALIXIA		550 €

AIDE AUDITIVE ou ÉQUIPEMENT⁽¹²⁾ - Par oreille - Renouvellement par appareil tous les 4 ans - À compter du 01/01/2021		
Équipements 100 % Santé ⁽⁴⁾ : Aides auditives de classe I (voir conditions générales)		Sans reste à payer
Aides auditives de classe II (voir conditions générales) - DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Bénéficiaire de moins de 21 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹³⁾	700 €
	Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	700 €
Aides auditives de classe II (voir conditions générales) - HORS RÉSEAU KALIXIA	Bénéficiaire de moins de 21 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹³⁾	560 €
	Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	550 €
Accessoires et fournitures (par an)		500 % BR

SOINS COURANTS (après d'un praticien conventionné ou non)				
Honoraires médicaux	Généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	175 % BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR - SS	
	Spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	250 % BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR - SS	
	Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR - SS	
	Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	200 % BR - SS	
	Honoraires paramédicaux			IM
	Analyses et examens de laboratoire			IM
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)			500 % BR	
Cures thermales - Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel			550 €	
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹⁴⁾)			IM	
Médicaments	remboursés à 65 %		TM	
	remboursés à 30 %		TM	
	remboursés à 15 %		IM	
	Médicaments ou pharmacie non remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁵⁾ - Par an et par bénéficiaire		80 €	
	Sevrage tabagique ⁽¹⁵⁾ - par an et par bénéficiaire		80 €	
Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue - Par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel			40 €	

SERVICES DE PRÉVENTION EN LIGNE	
Accès au e-coaching santé	Oui

PEPS Eco Active R5

- (1) En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.
- (2) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.
Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.
- (3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an en établissements spécialisés (psychiatrie). La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (4) Dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
- (5) Remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires entrant dans le panier 100 % santé et dans le panier à tarifs modérés.
- (6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour l'orthodontie (TO 90) et sur la base de remboursement d'une couronne pour les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
- (7) Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.
- (8) Renouvellement par équipement (monture + 2 verres).
- (9) Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale. Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives.
- (10) Dans le cadre du RÉSEAU OPTIQUE KALIXIA, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.
- (11) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
- (12) Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par le RO, est assurée à minima au TM.
- (13) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.
- (14) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (15) Remboursement des achats effectués en pharmacie, sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée.

FRAIS COUVERTS

Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire) dans la limite des frais engagés. Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L-871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.

GLOSSAIRE

TM : Ticket modérateur. Part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale sur la base de remboursement

BR : Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale

BR-SS : Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale

DE : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale

RO : Régime obligatoire (Sécurité sociale)