

Tableau de Garanties

HOSPITALISATION	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	125% 100%	150% 100%	175% 125%	200% 150%
Avec le renfort HONORAIRES+ (non responsable) Hors OPTAM ou OPTAM-CO	125%	150%	175%	200%
Forfait journalier hospitalier⁽²⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour - en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique Secteur conventionné Secteur non conventionné - en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos - en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	Rbt intégral 100% 100%	Rbt intégral 100% 100%	Rbt intégral 100% 100%	Rbt intégral 100% 100%
Chambre particulière (par jour)⁽³⁾	40€/j	50 €/ j	60 €/j	80 €/ j
Avec le renfort PRIVILEGE	+15 € / j			
Frais accompagnant (ascendant-descendant-collatéraux) - dans la limite de 30 jours par an	20 € / j	20 € / j	20 € / j	30 € / j
Confort hospi : TV, Presse, Internet, Téléphone - dans la limite de 30 jours par an	5 € / j	5 € / j	5 € / j	15 € / j
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%
Transport du malade (sauf maternité et cures)	100%	100%	100%	100%
Hospizen	1) En amont de l'hospitalisation, des conseils médicaux pratiques, administratifs et de bien-être 2) A tout moment, l'expertise d'une équipe de professionnels de santé pour s'informer sur sa situation individuelle 3) Un diagnostic personnalisé en fonction de son environnement familial, géographique et socio-économique pour planifier les services à domicile.			
Hospitalisation de plus de 24h	Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile			
SOINS COURANTS	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Honoraires Médicaux - Médecins généraliste et spécialiste - Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) - Radiologie - Imagerie - Echographie dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO hors OPTAM ou OPTAM-CO	100% 100%	100% 100%	125% 100%	150% 125%
Avec le renfort HONORAIRES+ (non responsable) Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	150%
Honoraires paramédicaux	125%	150%	175%	200%
Analyses et examens de laboratoire	125%	150%	175%	200%
Allocation Maternité/adoption	-	-	-	100 €
Médicaments - remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical - Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèses capillaires...) remboursés par la Sécurité sociale	125%	150%	175%	200%
Cures thermales - Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale - Forfait hébergement et transport	125% -	150% -	175% -	200% 100 €
Avec le renfort PRIVILEGE	+150 €/an			
Médiaments non remboursés & actes de prévention	20 €/an	30 €/ an	60 €/an	80 €/an
Avec le renfort Privilège	+30 €/an			
Actes de prévention (actes prévus dans le cadre des contrats responsables)	100%	100%	100%	100%
Médecine complémentaire (acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues)	60 €/an	70 €/an	80 €/an	100 €/an
Avec le renfort PRIVILEGE	+50 €/an			
Services d'Assistance en cas d'ALD (Affection de Longue Durée)	Forfait de 500 € pour des services et aide à domicile			

Tableau de Garanties

OPTIQUE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Equipements 100% Santé* : 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) - Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A - Verres de classe A - Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	Rbt intégral Rbt intégral 30€	Rbt intégral Rbt intégral 50€	Rbt intégral Rbt intégral 80€	Rbt intégral Rbt intégral 100€
Equipement hors 100% Santé* : Equipement entrant dans le cadre du panier libre ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c) - le remboursement de la monture est plafonné à 100€ - Une monture de classe B avec deux verres simples de classe B - Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B	125€ 200€	150€ 250€	175€ 300€	200€ 400€
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	50€/ an	100€/ an	150€/ an	200€/ an
Chirurgie réfractive par oeil	-	-	-	200€/ an
DENTAIRE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Soins et prothèses 100% Santé* - Prothèses dentaires et Inlays-Cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé ^(a))	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé - Prothèses dentaires hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés ^(a) ou libres	125%	150%	175%	200%
Soins - Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale - Inlays-onlays ou Inlays-Cores remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres	125%	150%	175%	200%
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	-	100€/ an	150€/ an	200€/ an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale Plafond dentaire <i>Limitation prothèses dentaires hors 100% Santé : remboursement au TM</i>	125%	150%	175%	200%
	-	-	-	2 000€/ an
AIDES AUDITIVES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Equipements 100% Santé* - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I ^(e) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre an ^(d)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% Santé* - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libres) - Renouvellement tous les quatre ans ^(d) - Piles et accessoires	100%	125%	150%	175%
	100%	125%	150%	175%
SERVICES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui
Service d'assistance Aide aux Aidants				Forfait de 300€
Service d'assistance Mon Coach Bien-être				Prévention Santé (Nutrition, Sport, Zen et Sommeil)
Téléconsultation				10 consultations / an
Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ⁽⁵⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

2 gagnottes* de prestations indépendantes ACQUISES A VIE !

Hospitalisation OPTAM ou OPTAM-CO

1ère année	2ème année	3ème année	4ème année
Si absence de remboursement sur la 1ère année	+25% vs année 1	+25% vs année 1	+25% vs année 1
Si absence de remboursement sur les 2 premières années	-	+50% vs année 1	+50% vs année 1

Optique Dentaire Audio

1ère année	2ème année	3ème année	4ème année
Si absence de remboursement sur la 1ère année	+100€ vs année 1	+100€ vs année 1	+100€ vs année 1
Si absence de remboursement sur les 2 premières années	-	+150€ vs année 1	+150€ vs année 1

LES + EQUILIBRE

- 2 cagnottes prestations acquises à vie !
- 2 renforts : Privilège et Honoraires+ (non responsable)
- Une offre simple et complète
- Pas de délais d'attente
- Nombreux services d'assistance inclus 7 j/ 7 24 h/ 24, coach bien-être, Hospizen, Téléconsultation...
- Le réseau Carte blanche

COMMENT SOUSCRIRE ?

Notre offre vous a convaincu ? L'équipe Meilleurtaux Santé est à votre disposition, munissez-vous de votre attestation vitale et de votre relevé d'identité bancaire (RIB) et contactez-nous :

PAR TÉLÉPHONE :

Votre conseiller dédié vous guidera et répondra à vos questions :

01 83 77 57 30

PAR COURRIER :

Imprimez votre dossier de souscription et laissez-vous guider pour le remplir en quelques minutes !

Les garanties du contrat CEGEMA EQUILIBRE 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.871-2 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. Ce contrat CEGEMA EQUILIBRE s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite «100% Santé*»). 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) ou 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 Vente» (PLV) et «Honoraires Limites de Facturation» (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

LEXIQUE

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée

- Rbt intégral : Remboursement intégral

- 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 supérieur à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif

- Verre très 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

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

(1) En cas de remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels non OPTAM - OPTAM-CO, la prise en charge des professionnels ayant adhéré à l'OPTAM doit être supérieure. Cette différence doit être au moins égale à 20% par rapport au tarif de base de la prestation. Cette différence reste applicable en cas de bonus à l'ancienneté.

(2) Hors régime Alsace Moselle

(3) La chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison 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% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, par an et par assuré.

(4) au-delà remboursée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(5) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.

INFORMATIONS 100% SANTE*

*telles que définies 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 (Sécurité sociale + CEGEMA EQUILIBRE) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

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

Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage 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 le renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du premier 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.

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur (Voir le JO n°265 du 16/11/2008, I.2. Classification des aides auditives).