

Hospitalisation, Soins courants, Optique, Aides auditives et Dentaire	Niveau 7
Renfort Optique et Aides Auditives	-
Renfort Dentaire	
Renfort « Sérénité » en cas d'hospitalisation	-
Votre garantie est codifiée sur vos documents	CH7O7D7

Hospitalisation

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels
Honoraires	
Participation forfaitaire	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire médecins DPTAM**	400%
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire médecins non DPTAM	200%
Séjours en médecine, chirurgie, psychiatrie, hospitalisation à domicile, maternité, soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (établissements conventionnés et non conventionnés)	
Frais de séjour	400%
Chambre particulière (par jour) y compris en ambulatoire	150€
Chambre particulière en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (par jour et dans la limite de 45 jours par année d'assurance) y compris en ambulatoire	75€
Frais de transport	400%
Actes de chirurgie en cabinet médical médecins DPTAM**	400%
Actes de chirurgie en cabinet médical médecins non DPTAM	200%
Frais d'accompagnant (par jour) dans la limite de 20 jours par hospitalisation	40€
Frais annexes (par jour) (TV/Téléphone/Wifi) dans la limite de 20 jours par hospitalisation	5 €

Soins courants

Honoraires paramédicaux	400%
Honoraires médicaux	
Consultations et visites de généralistes, spécialistes médecins DPTAM**	400%
Consultations et visites de généralistes, spécialistes médecins non DPTAM	200%
Radiologie, imagerie, échographie, actes techniques médicaux médecins DPTAM**	400%
Radiologie, imagerie, échographie, actes techniques médicaux médecins non DPTAM	200%
Analyses et examens de laboratoire	400%
Médicaments	
Médicaments et actes remboursés à 65%	Frais réels
Médicaments et actes remboursés à 30% ou 15%	Frais réels
Vaccins prescrits	Frais réels
Matériel médical (hors optique et auditif)	
Petits et grands appareillages	400%
Prothèse capillaire	400%
Frais de transport	400%
Cures thermales	400% + 300€
Soins non remboursés par la Sécurité Sociale (remboursement par année d'assurance)	
Médicaments prescrits	150€
Médecines douces (actes d'étéopathe, diététicien, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, kinésithérapie, cryothérapie, sophrologue, neuropsychologue et psychothérapeute)	280€
Examens, analyses, radios prescrits	150€
Sports prescrits/Abonnement appli Santé***/Objets connectés (bracelet, tensiomètre, glucomètre)	30€
Vaccins prescrits	Frais réels

Optique

Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par période de 2 ans (sauf pour les assurés de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour ceux de 16 ans et plus) dont plafond de remboursement pour la monture à 100 €	
Equipements 100% santé*	Frais réels
Verres de classe A	Frais réels
Monture de classe A	Frais réels
Equipements de classe B	
Monture	100€
Verre de « correction simple »	160€
Verre de « correction complexe ou très complexe »	300€
Lentilles (acceptées ou refusées par la SS)	500€
Prestation d'adaptation	100%
Plafond de remboursement (hors 100% Santé) par personne assurée et année d'assurance pour l'équipement lunette et les lentilles	700€
Avantages « opticien partenaire Santéclair » : bonus par année d'assurance pour les verres	
Chirurgie réfractive pour correction de la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie, la presbytie et implant pour la cataracte : versement d'un forfait par œil	300€

Aides auditives

Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans	
Equipements 100% santé* (classe I)	Frais réels

Prothèse de classe II****	1000€
Piles	400%
Avantages « partenaire Santéclair » sur les prothèses de classe II (à compter du 01/01/2021)	Frais réels dans la limite du PLV de la classe I (Rbt Sécurité sociale inclus)
Dentaire	
Soins et prothèses 100% santé*	Frais réels
Soins	500%
Prothèses et inlays-onlays	500%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	
Traitement par semestre	550€
Contention : remboursement maximum par année d'assurance	275€
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale (remboursement maximum par année d'assurance)	
Implant, Parodontie, Orthodontie et autres prothèses dentaires	1000€
1 implant dans le réseau « dentiste partenaire Santéclair" par assuré et année d'assurance	1200€
Autres prestations	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100%
Préventions et services	
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	Inclus
Santéclair	Inclus
Allianz assistance	Inclus
Allianz Assistance	
Allianz Assistance 24h sur 24, 7j sur 7 sur simple appel de votre part:	
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les assurés qui résident en France métropolitaine : <ul style="list-style-type: none"> - Pour les appels depuis la métropole : 01.40.25.52.43 - Pour les appels depuis l'étranger : +33.1 40.25.52.43 • Pour les assurés qui résident en Martinique, Guadeloupe, Guyane, à Mayotte ou à La Réunion <ul style="list-style-type: none"> - Pour les appels depuis ces territoires : 09 69 32 04 90* - Pour les appels depuis l'étranger : +33 1 42 99 03 11* 	
*(numéro non surtaxé)	

Les prestations sont exprimées en % de la base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale, du prix limite de vente (PLV) pour la garantie "Prestation d'adaptation", et incluent le remboursement de votre caisse de Sécurité sociale. Ces prestations sont accordées dans la limite de ce que vous payez réellement, n'interviennent que sur les postes dont la Sécurité sociale accepte la prise en charge (sauf pour les soins non remboursés par celle-ci précisés au barème) et plafonnées aux honoraires limites de facturation ou au prix limites de vente.

Les remboursements en optique sont en fonction du défaut de vision. Le classement des verres (simples /complexe / très complexes) est défini à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(*) A compter du 01/01/2020 pour l'optique et les prothèses dentaires (Bridges, Couronnes, Inlays) , du 01/01/2021 pour le reste en dentaire (Prothèses amovibles) et les aides auditives, tels que définis réglementairement dans la limite des honoraires de facturation en dentaire et dans la limite des prix limites de ventes (PLV) en optique et pour les aides auditives

(**) Dispositif de Pratique TARifaire Maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO)

(***) Pour les applications Santé, sont ciblés les applis sportives, diététique, de suivi cardiaque et du diabète

(****) Dans la limite du plafond du contrat responsable (1 700 € remboursement de la Sécurité sociale inclus)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient) ⁶	79,00 €	Non remboursé	Non remboursé	79,00 €	0,00 €
Séjour avec actes lourds <i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassement s maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgiens	463,00 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds <i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3344,37 €	2675,50 €	668,87 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 € ⁵	30% BR	1 € de participation forfaitaire ⁵
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,5 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,5 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,5 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassement s maîtrisés	BR	70 % BR - 1 € ⁵	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire ⁵ plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49 €	33,5 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52 €	31,5 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €

Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 1 €⁵	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 ans à 16 ans	64 €	24,5 €	17,15 €	31,85 €	15,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65 €	24,5 €	16,15 €	31,85 €	17,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	482,00 €	0,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0,00 €
Optique					
Equipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Equipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture (remboursement global) Hors réseau Santéclair Ex : verres simples et monture (remboursement global) Dans réseau Santéclair	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	313,94 € 313,94 €	41,97 € 41,97 €
Ex : verres progressifs et monture (remboursement global) Hors réseau Santéclair Ex : verres progressifs et monture (remboursement global) Dans réseau Santéclair	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	577,94 € 577,94 €	41,97 € 41,97 €
Lentilles	Prix moyen national⁶	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat

Forfait annuel	97,00 €	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	97,00 €	0,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁶	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	933,00 €	Non remboursé	Non remboursé	300,00 €	633,00 €
Aides auditives					
Equipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Equipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans - Hors réseau Santéclair Par oreille pour un patient de plus de 20 ans - Dans réseau Santéclair	1565,00 €	400,00 €	240,00 €	1000,00 € 710,00 €	325,00 € 615,00 €
Autres exemples de remboursement en euros					
Médecines douces	Prix moyen national ⁶	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Séance d'ostéopathie	60,00 €	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	0,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. l'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Pas de participation forfaitaire de 1€ pour les moins de 18 ans.

5 : Prix moyen défini à partir de notre portefeuille.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)