

PRESTATIONS REFLEXIO SANTÉ 2019

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (tarif de référence déterminé par la Sécurité sociale) ou en euros, dans la limite des frais engagés et selon la réglementation en vigueur au 01/04/2015. Délivrées dans les conditions et limites des contrats responsables en application de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

REFLEXIO SANTÉ 4

Remboursement
Sécurité sociale + mutuelle

SOINS COURANTS	
Consultation généraliste	150% BR
Consultation généraliste - adhésion OPTAM / OPTAM-CO (1)	170% BR
Consultation spécialiste	200% BR
Consultation spécialiste - adhésion OPTAM / OPTAM-CO (1)	220% BR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Analyses, laboratoire, dont dépistage hépatite B	100% BR
Forfait biologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par bénéficiaire (2)	-
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie, dont échographie et ostéodensitométrie acceptée	130% BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie - adhésion OPTAM / OPTAM-CO (1)	150% BR
Auxiliaires médicaux, dont bilan du langage	130% BR
Soins à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR
DENTAIRE	
Délai d'attente, sur les prothèses dentaires et implants et l'orthodontie non pris en charge par la Sécurité sociale*	6 mois
Soins dentaires dont le détartrage et le scellement des sillons	150% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (2)	-
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, moins de 16 ans	200% BR
Parodontologie et Surfaçage (2)	-
Prothèses dentaires, dont implantologie prise en charge	250% BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par implant	400 € (limité à 2 par an)
Après 2 années d'adhésion, le remboursement des prothèses s'élève à :	275% BR
OPTIQUE	
Délai d'attente*	6 mois
Montures et verres enfant, avant 18 ans	60% BR
+ Forfait monture + 2 verres simples, tous les ans (3)	160 €
+ Forfait monture + 1 verre simple + 1 verre complexe, tous les ans (3)	180 €
+ Forfait monture + 2 verres complexes, tous les ans (3)	200 €
Montures et verres adultes, après 18 ans	60% BR
+ Forfait monture + 2 verres simples, tous les 2 ans (3)	250 €
+ Forfait monture + 1 verre simple + 1 verre complexe, tous les 2 ans (3)	335 €
+ Forfait monture + 2 verres complexes, tous les 2 ans (3)	420 €
Participation lentilles de contact acceptées par la Sécurité sociale (2)	100% BR + 100 €
Participation lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale (2)	100 €
Chirurgie réfractive, par œil (2)	200 €
HOSPITALISATION en établissement conventionné incluant la maternité (4)	
Délai d'attente, hors hospitalisation accidentelle et hors maternité *	6 mois
Honoraires actes du chirurgien et de l'anesthésiste	200% BR
Honoraires actes du chirurgien et de l'anesthésiste - adhésion OPTAM / OPTAM-CO (1)	220% BR
Forfait journalier hospitalier, quelle que soit la nature de l'hospitalisation (7)	100% Frais réels
Frais de séjour	150% BR
Frais de transport ou d'ambulance, sur prescription médicale	100% BR
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 €	18 €
Chambre particulière, par jour, hors hospitalisation en ambulatoire	40 € par jour (limité à 45 jours par an)
Chambre particulière en psychiatrie, par jour, hors hospitalisation en ambulatoire, 30 jours par an	40 € par jour
Lit accompagnant adulte, par jour, 15 jours par an	-
Lit accompagnant enfant âgé de moins de 16 ans, par jour, 15 jours par an	15 €
PROTHÈSES ET APPAREILLAGES	
Toutes prothèses et appareillages	100% BR
+ Participation appareillage auditif pris en charge par la Sécurité sociale, par oreille équipée, limitée à 1 équipement par an	200 €
+ Participation prothèses capillaires et mammaires, sur prescription médicale (2)	60 €
+ Participation autres prothèses (dont orthopédiques) et tout appareillage (2)	50 €
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE	
Forfait médicaments/homéopathie prescrits ou non et non pris en charge par la Sécurité sociale (2)	30 €
Pilules, implants et stérilets contraceptifs (2)	30 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (2)	20 €
Forfait prévention (2)	70 €
Sevrage tabagique, bilan diététique, chiropraxie, étiothérapie, ostéopathie, acupuncture (5)	-
Après 2 années d'adhésion, le forfait prévention s'élève à :	90 €
Assistance Santé au Quotidien (6)	Incluse
AssurCotisations en cas de coup dur, montant maximum par mois, pendant 12 mois maximum (6)	Incluse
Garantie forfaitaire de 80 000 € en cas d'invalidité grave accidentelle (6)	Incluse

*Sauf en cas de couverture antérieure par un organisme de santé. Voir règlement. Les forfaits journaliers, le ticket modérateur et la participation forfaitaire sont pris en charge durant ce délai.

(1) L'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens remplacent le CAS (Contrat d'accès aux soins). Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation des dépassements d'honoraires et à une amélioration du remboursement par la Sécurité sociale et par la mutuelle. Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>. (2) Montant maximum par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre). (3) Les montants de remboursements mentionnés couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'1 monture (dont le remboursement est limité à 150€). Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00. Verres complexes : tous les autres verres. (4) En établissement non conventionné, le remboursement complémentaire se limite au ticket modérateur. (5) Pour l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens inscrits au fichier ADELI. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111 du Code de la santé publique. (6) Voir conditions dans la fiche d'information Reflexio Santé disponible sur simple demande. (7) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.