

# PRESTATIONS REFLEXIO PLÉNITUDE 2018

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 01/01/2018. 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 PLÉNITUDE 5

Remboursement  
Sécurité sociale + mutuelle

SOINS COURANTS	
Consultation généraliste	200% BR
Consultation généraliste - adhésion CAS / OPTAM (1)	220% BR
Consultation spécialiste	200% BR
Consultation spécialiste - adhésion CAS / OPTAM (1)	300% BR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Analyses, laboratoire, dont dépistage hépatite B	200% BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie - adhésion CAS / OPTAM (1)	200% BR
Actes de spécialité et d'imagerie, radiologie, dont échographie et ostéodensitométrie acceptée	220% BR
Auxiliaires médicaux, dont bilan du langage	200% BR
DENTAIRE	
Délai d'attente, sur les prothèses dentaires et implants*	6 mois
Soins dentaires, dont détartrage et scellement des sillons	150% BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, moins de 16 ans	150% BR
Parodontologie et Surfaçage (2)	300 €
Prothèses dentaires, dont implantologie prise en charge	350% BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par implant	500 € (limité à 2 par an)
OPTIQUE	
Délai d'attente*	6 mois
Montures et verres	60% BR
+ Forfait monture + 2 verres simples, tous les 2 ans (3)	470 €
+ Forfait monture + 1 verre simple + 1 verre complexe, tous les 2 ans (3)	610 €
+ Forfait monture + 2 verres complexes, tous les 2 ans (3)	750 €
Participation lentilles de contact acceptées par la Sécurité sociale (2)	100% BR + 180 €
Participation lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale (2)	180 €
Chirurgie réfractive, par œil (2)	400 €
HOSPITALISATION en établissement conventionné incluant la maternité (4)	
Délai d'attente, hors hospitalisation accidentelle et maternité*	6 mois
Honoraires et actes du chirurgien et d'anesthésiste	200% BR
Honoraires et actes du chirurgien et d'anesthésiste - adhésion CAS / OPTAM (1)	320% BR
Forfait journalier quelle que soit la nature de l'hospitalisation (120 jours max par an, 30 en psychiatrie) (7)	100% Frais réels
Frais de séjour	320% BR
Frais de transport ou d'ambulance, sur prescription médicale	100% BR
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 €	18 €
Chambre particulière, hors hospitalisation en ambulatoire, par jour	55 € par jour (limité à 90 jours par an)
Chambre particulière en psychiatrie, hors hospitalisation en ambulatoire, par jour, limitée à 30 jours par année civile	55 € par jour
Lit accompagnant adulte, par jour, limité à 15 jours par année civile	30 €
Garantie forfaitaire de 80 000 € en cas d'invalidité grave accidentelle (6)	Incluse
PROTHÈSES ET APPAREILLAGES	
Toutes prothèses et appareillages	100% BR
+ Participation appareillage auditif pris en charge par la Sécurité sociale, par oreille équipée, limitée à un équipement tous les 2 ans	1 100 €
+ Participation prothèses capillaires et mammaires, sur prescription médicale (2)	150 €
+ Participation autres prothèses (dont orthopédiques) et tout appareillage (2)	130 €
+ Participation fauteuil roulant, achat ou location + livraison (2)	250 €
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE	
Cure thermale, acceptée par la Sécurité sociale	100% BR
+ Participation cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	250 €
Forfait médicaments/homéopathie prescrits ou non et non pris en charge par la Sécurité sociale (2)	50 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (2)	20 €
FORFAIT PRÉVENTION (2)	
Sevrage tabagique Chiropraxie, étiothérapie, acupuncture, ostéopathie, acupuncture (5) Bilan diététique Télégrandisseur Podologie	110 € par an
Après 2 années d'adhésion, le forfait prévention s'élève à :	130 € par an
Assistance Santé au Quotidien (6)	Incluse
Réseau Optique Carte Blanche	
*Sauf en cas de couverture antérieure par un organisme de santé. Voir règlement	

(1) Le contrat d'accès aux soins (CAS) permet de bénéficier de remboursements majorés sur les honoraires des médecins dès le niveau 2 de garantie. Pour vérifier si votre médecin est signataire du CAS, rendez-vous sur [amelif.fr](http://amelif.fr), rubrique « Je choisis avant de consulter ». Les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens obstétriciens. (2) Montant maximum par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). (3) Les montants de remboursement 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 ADEL. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la santé publique. (6) Voir conditions dans la fiche d'information Reflexio Plénitude disponible sur simple demande. (7) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.