

## Tableau de garanties Santhia Famille

Toutes les garanties décrites s'entendent par application des conditions générales 18877-0622 du produit et annexe descriptive 18878-0622.



### VOS DÉPENSES DE SANTÉ

### 7 FORMULES AU CHOIX - SANS QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	Formule 7
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>							
<b>En établissement conventionné</b>							
• Honoraires - DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Honoraires - non DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	200%	200%	200%	200%	200%	200%
• Frais de séjour	100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière( jusqu'à 150 € / jour) <sup>(2)</sup>	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière en centre, service ou établissement psychiatrique <sup>(3)</sup>	-	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour
• Lit accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours / an)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>En établissement non conventionné</b>							
• Tous postes hors honoraires	100%	150%	150%	150%	150%	150%	150%
• Honoraires - DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	150%	150%	150%	150%	150%	150%
• Honoraires - non DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	130%	130%	130%	130%	130%	130%
<b>En hospitalisation à domicile</b>							
	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
<b>SOINS COURANTS</b>							
• Honoraires médicaux – DPTAM <sup>(1)</sup> (Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
• Honoraires médicaux – non DPTAM <sup>(1)</sup> (Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie)	100%	100%	100%	105%	130%	180%	200%
• Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
• Honoraires paramédicaux (transport, infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, orthophoniste, orthoptiste, ...)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
• Matériel médical (orthèses, béquilles, ...)	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
<b>PHARMACIE</b>							
• Médicaments remboursés par le régime obligatoire à 65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
• Médicaments remboursés par le régime obligatoire à 30%*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
• Médicaments remboursés par le régime obligatoire à 15%**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité sociale moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

(1) Les médecins signataires des DPTAM « Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée » (OPTAM / OPTAM-CO) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

(2) Sauf pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique.

\*30% si le pack éco-pharma a été souscrit

\*\*15% si pack éco-pharma a été souscrit

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	Formule 7
<b>OPTIQUE</b>							
• Verres, monture, lentilles remboursés par le régime obligatoire	100%	-	-	-	-	-	-
• <b>Forfait équipement optique<sup>(4)</sup></b> (Remboursement d'un équipement optique -monture + 2 verres- tous les 2 ans par bénéficiaire ou tous les ans en cas d'évolution de la vue pour les enfants de moins de 16 ans. Le délai débute à compter de la date du dernier achat).							
• <b>Équipements 100% Santé<sup>(5)(6)</sup></b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
• Monture, verres simples ou complexes	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
• Prestations d'appairage et suppléments	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
• <b>Équipements hors 100% Santé<sup>(7)</sup></b> (Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €)							
• Monture, verres simples							
- à la prise d'effet de l'adhésion	-	50 €	80 €	120 €	160 €	200 €	310 €
- à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	50 €	100 €	140 €	180 €	220 €	340 €
- à compter de la 5 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	50 €	120 €	160 €	200 €	240 €	370 €
• Monture, verres complexes							
- à la prise d'effet de l'adhésion	-	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	310 €
- à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	200 €	220 €	230 €	240 €	250 €	340 €
- à compter de la 5 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	200 €	240 €	250 €	260 €	270 €	370 €
• <b>Autres forfaits</b> (Forfait annuel à compter de la date de prise d'effet des garanties de chaque bénéficiaire)							
• Prestations d'appairage et suppléments	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
• Lentilles (remboursées ou non par le régime obligatoire), chirurgie laser de l'œil							
- à la prise d'effet de l'adhésion	-	50 €	80 €	120 €	160 €	200 €	310 €
- à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	50 €	100 €	140 €	180 €	220 €	340 €
- à compter de la 5 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	50 €	120 €	160 €	200 €	240 €	370 €
<b>DENTAIRE</b>							
• Soins et prothèses 100% Santé <sup>(5)(7)</sup>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
• Soins et prothèses hors 100% Santé							
• Soins dentaires remboursés par le régime obligatoire	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
• Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire :							
- à la prise d'effet de l'adhésion	100%	100%	130%	160%	200%	240%	300%
- à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	100%	100%	145%	180%	220%	260%	320%
- à compter de la 5 <sup>ème</sup> année d'assurance	100%	100%	160%	200%	240%	280%	340%
<b>Plafond de remboursement pour les 2 premières années par année d'assurance et par bénéficiaire</b> , il prend en compte tous les remboursements dentaires de toute nature, y compris l'orthodontie, à l'exception des soins dentaires remboursés par le RO*. Lorsque le plafond est atteint :							
- les dépenses dentaires 100% Santé continuent d'être intégralement remboursées <sup>(7)</sup> ,	500 €	600 €	700 €	800 €	1 000 €	1 500 €	1 800 €
- les dépenses dentaires hors 100% Santé et prises en charge par le RO* sont remboursées à hauteur du ticket modérateur uniquement,							
- si votre contrat prévoit le remboursement des actes non pris en charge par le RO*, ils ne sont plus remboursés.							
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
(1 équipement par oreille par bénéficiaire tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat)							
• Équipements 100% Santé <sup>(5)(6)</sup>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
• Équipements hors 100% Santé <sup>(8)</sup>	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
• Consultations de suivi et piles prises en charge par le RO <sup>(7)</sup>	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
<b>CURE THERMALE</b>							
• Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
+ Forfait par an et par assuré	-	-	100 €	120 €	150 €	175 €	200 €
<b>MATERNITÉ</b>							
• Forfait maternité et adoption, en plus du remboursement des soins	-	-	100 €	125 €	160 €	200 €	240 €
<b>SEVRAGE TABBAGIQUE</b>							
• Forfait par année d'assurance et par bénéficiaire	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité sociale moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

(4) Le montant du forfait s'entend y compris le remboursement du régime obligatoire.

(5) Tels que définis réglementairement dans le cadre du panier « 100% Santé ».

(6) Remboursement dans la limite des prix limite de vente fixés réglementairement.

(7) Remboursement dans la limite des plafonds d'honoraires fixés réglementairement et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour certains actes définis réglementairement.

(8) Le remboursement, incluant celui du Régime obligatoire, ne sera jamais inférieur à 100% de la base de remboursement et ne pourra jamais être supérieur au plafond fixé réglementairement (1 700 euros par aide auditive en date du 01/01/2021).

\*RO : Régime obligatoire

# Les renforts de garanties Santhia Famille

VOS DÉPENSES DE SANTÉ

7 FORMULES AU CHOIX - SANS QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	Formule 7
<b>FRAIS D'OBSÈQUES</b>							
• Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	-	500 €	500 €	500 €	500 €	750 €	750 €
<b>PRÉVENTION</b>							
• Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
<b>ASSISTANCE</b>							
• Assistance au quotidien	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
<b>GARANTIE BIEN ÊTRE</b>							
• Remboursement des vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, de pédicure et de podologue, non pris en charge par le Régime Obligatoire (par année d'assurance et par bénéficiaire)	Si pack optique et dentaire souscrit	Si pack optique et dentaire souscrit	Si pack optique et dentaire souscrit	Si pack optique et dentaire souscrit	Si pack optique et dentaire souscrit	Si pack optique et dentaire souscrit	100 €

## Le pack « Assistance Hospitalière »<sup>(9)</sup>

	OPTION ÉCO	OPTION 1	OPTION 2
Avec le pack « Assistance Hospitalière » <sup>(9)</sup> , recevez tous les jours sans justificatif une indemnité journalière pour régler vos frais annexes (télévision, magazines, téléphone... et le même le wifi !)	Recevez 8€ par jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation en cas d'accident et du 4 <sup>ème</sup> jour en cas de maladie (maximum 365 jours). <b>1€ par mois et par adulte<sup>(10)</sup></b>	Recevez 15€ par jour à compter du 4 <sup>ème</sup> jour d'hospitalisation (maximum 365 jours). <b>2€ par mois et par adulte<sup>(10)</sup></b>	Recevez 15€ par jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (maximum 365 jours). <b>3€ par mois et par adulte<sup>(10)</sup></b>

## Packs Optique-Dentaire et Bien-être<sup>(7)</sup>

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
<p>+ 20 € Renfort forfait équipement optique</p> <p>+ 20% Renfort des prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO</p> <p>+ 100 € prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie ...)</p> <p><b>Garantie Bien-être</b> (homéopathie, ostéopathe, vaccins) : 50 € par an et par assuré (tous actes confondus)</p>	<p>+ 40 € Renfort forfait équipement optique</p> <p>+ 40% Renfort des prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO</p> <p>+ 200 € prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie ...)</p> <p><b>Garantie Bien-être</b> (homéopathie, ostéopathe, vaccins) : 100 € par an et par assuré (tous actes confondus)</p>	<p>+ 60 € Renfort forfait équipement optique</p> <p>+ 60% Renfort des prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO</p> <p>+ 300 € prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie ...)</p> <p><b>Garantie Bien-être</b> (homéopathie, ostéopathe, vaccins) : 150 € par an et par assuré (tous actes confondus)</p>	<p>+ 80 € Renfort forfait équipement optique</p> <p>+ 80% Renfort des prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO</p> <p>+ 400 € prothèses dentaires non remboursées (implants, orthodontie, parodontologie ...)</p> <p><b>Garantie Bien-être</b> (homéopathie, ostéopathe, vaccins) : 200 € par an et par assuré (tous actes confondus)</p>
<b>4,50€ par mois et par bénéficiaire adulte<sup>(10)</sup></b>	<b>8€ par mois et par bénéficiaire adulte<sup>(10)</sup></b>	<b>10,50€ par mois et par bénéficiaire adulte<sup>(10)</sup></b>	<b>13€ par mois et par bénéficiaire adulte<sup>(10)</sup></b>
<b>2€ par mois et par bénéficiaire enfant<sup>(10)</sup></b>	<b>3€ par mois et par bénéficiaire enfant<sup>(10)</sup></b>	<b>4,50€ par mois et par bénéficiaire enfant<sup>(10)</sup></b>	<b>5,50€ par mois et par bénéficiaire enfant<sup>(10)</sup></b>

## Le Pack Eco-Pharma

**Faites des économies** et consommez « responsable » en choisissant de vous faire rembourser par Abeille Assurances uniquement les médicaments les plus efficaces (ceux dont les services médicaux rendus sont considérés comme majeurs ou importants par la Haute Autorité de Santé)<sup>(11)</sup>.

➔ **Réduction de -3 € par mois et par bénéficiaire<sup>(10)</sup>**

(9) Voir conditions générales 18877-0622 du produit et annexe descriptive 18878-0622.

(10) Les prix et réductions mentionnés s'ajoutent ou se déduisent du montant mensuel de la cotisation de votre complémentaire Santhia. La souscription d'un pack Optique-Dentaire et Bien-être avec la formule 1 rend le contrat santé non responsable.

(11) Les médicaments remboursés à 30% ou à 15% par le Régime Obligatoire ne seront pas remboursés par Abeille Assurances.