

GARANTIES

TABLEAU DES GARANTIES ONERA 2

Les garanties s'appliquent dans la limite des frais réels exposés. Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

SOINS COURANTS (y compris maternité)

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

• CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **250 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

• CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **275 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

• ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **250 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

• RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **250 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

• SAGE FEMME **100 %** de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

195 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

210 % de la BR

HOSPITALISATION (y compris maternité)

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **100 %** des frais réels
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FORFAIT PATIENT URGENCES

100 % des frais réels

■ FRAIS ANNEXES (frais de salle d'opération, aide opératoire et pharmacie extra-usuelle liée à l'acte)

100 % des frais réels

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % des frais réels

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

90 % des frais réels dans la limite de **10 000 €** / année civile et au minimum le ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non **2 %** du PMSS / jour

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou de plus de 65 ans établissement conventionné ou non **1 %** du PMSS / jour

■ FRAIS DE TRANSPORT

- ◊ Remboursé par la Sécurité sociale : **100 %** de la BR
- ◊ Non remboursé par la Sécurité sociale : **4 %** du PMSS / hospitalisation

■ GARDES DE JOUR ET DE NUIT REMBOURSÉES

100 % des frais réels

■ SÉJOURS EN CENTRES DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES PSYCHIATRIQUES

2 % du PMSS / jour

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % des frais réels

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

90 % des frais réels dans la limite de **10 000 €** / année civile et au minimum le ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

AIDES AUDITIVES

■ ÉQUIPEMENT PANIER **100 % SANTÉ*** (SANS RESTE À CHARGE)

Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
100 % des frais réels par oreille

- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans
100 % des frais réels par oreille

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS **100 % SANTÉ**)

Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
1 200 € / oreille

- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité
1 700 € / oreille

■ PILES, ACCESSOIRES, CONSOMMABLE

100 % de la BR

Légende :

(1) VERRES

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Cas particulier des Participants qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin : pour les Participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre alors une prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Pour information, en 2023 il est de 3 666 €. Il est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année (sauf exception).

TABLEAU DES GARANTIES ONERA 2

Les garanties s'appliquent dans la limite des frais réels exposés. Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

OPTIQUE

Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur

Limite de prise en charge :

- ◇ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue sur prescription médicale
- ◇ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
- ◇ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

■ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente

• VERRES ⁽¹⁾

100 % des frais réels

• MONTURE

100 % des frais réels

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % des frais réels

• APPAIRAGE

100 % des frais réels

• ADAPTATION

100 % des frais réels

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge

• VERRES ⁽¹⁾

- ◇ Simples : **125 € / verre**
- ◇ Complexes : **275 € / verre**
- ◇ Hyper Complexes : **325 € / verre**

• MONTURE

100 €

La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % de la BR

• ADAPTATION

100 % de la BR

■ LENTILLES

Remboursées par la Sécurité sociale.

80 % des frais réels et au minimum le ticket modérateur

■ LENTILLES

Non remboursées par la Sécurité sociale - y compris les lentilles jetables

80 € / œil / année civile

■ CHIRURGIE RÉFRACTIVE

10 % du PMSS / œil opéré / année civile

DENTAIRE

■ SOINS

250 % de la BR

■ PROTHÈSES PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

100 % des frais réels

dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

■ PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ dont inlays - onlays

PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ

- ◇ Prothèses fixes et amovibles, inlays-cores : **470 % de la BR** dans la limite des honoraires limites de facturation fixés
- ◇ Inlays-onlays : **250 % de la BR** dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

• PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE

- ◇ Prothèses fixes et amovibles, inlays-cores : **470 % de la BR**
- ◇ Inlays-onlays : **250 % de la BR**

■ PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

480 € / dent

■ ORTHODONTIE

• REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

375 % de la BR

• NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

200 € / semestre

■ IMPLANTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

25 % du PMSS / implant dans la limite de 2 implants / année civile

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale
450 € / cure

■ PSYCHOLOGUES CONVENTIONNÉS

dans la limite de 8 consultations par année civile (remboursement S.s inclus) :

Première consultation d'évaluation : **40 € / consultation**
Autres consultations : **30 € / consultation**

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ MÉDECINES DOUCES

Ostéopathe / chiropracteur / étiope / acupuncteur / diététicien
60 % des frais réels à concurrence de 1,5 % du PMSS / séance et limité à **3 séances / année civile / bénéficiaire**

■ CURE THERMALE

450 € / cure

■ ASSISTANCE

OUI