

CEGEMA ESSENTIEL²

A l'exception des formules Hospi et Intéale, les garanties du contrat CEGEMA ESSENTIEL² décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat CEGEMA ESSENTIEL² s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% Santé »).

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés ainsi que des « Prix Limites de Vente » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

HOSPITALISATION		Hospi
Honoraires	Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	Délai d'attente de 1 mois (remboursement à 100%) 250%
	Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO ⁽¹⁾	250%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ - Durée illimitée		Rbt intégral
Frais de séjour		
- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique.		
Secteur conventionné		Rbt intégral
Secteur non conventionné		100%
- en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos		100%
- en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique		100%
- Chambre particulière ⁽³⁾ - Forfait par journée		50 €/j
- Confort Hospi (télévision, téléphone et Internet) et Frais accompagnant (20 jours par événement)		25 €/j
- Transport du malade (sauf maternité et cures)		100%
Hospitalisation à domicile		100%
Hospizen		
1) En amont de l'hospitalisation, des conseils médicaux pratiques, administratifs et de bien-être.		
2) A tout moment, l'expertise d'une équipe de professionnels de santé pour s'informer sur sa situation individuelle.		
3) Un diagnostic personnalisé en fonction de son environnement familial, géographique et socio-économique pour planifier les services à domicile.		
Hospitalisation de plus de 24h		
Forfait de 250 € pour des services et aide à domicile.		
Ces services et aides peuvent être : auxiliaire de vie, aide ménagère, portage de repas, assistance aux animaux de compagnie, livraison de courses, bien-être à domicile...		
TELECONSULTATION		
Service de télémedecine 24h24 et 7/7		10 consultations /an
SERVICES		
Assistance		OUI
Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ⁽⁴⁾		OUI

LEXIQUE

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

(1) En cas de remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels non OPTAM-OPTAM-CO, la prise en charge des professionnels ayant adhéré à l'OPTAM doit être supérieure. Cette différence doit être au moins égale à 20 % par rapport au tarif de base de la prestation. Cette différence reste applicable en cas de bonus à l'ancienneté.

(2) Hors régime local Alsace Moselle

(3) Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré.

Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, assimilés, diététique, gériatrie et cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanche Partenaires.fr>) et selon formule de garantie.

INFORMATIONS 100% SANTE*

* telles que définies réglementairement

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL² intègre la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% Santé »).

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + CEGEMA ESSENTIEL²) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

(e) Une aide auditive de classe 1 doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

EOC1059A_T6_01/2022