

TABLEAU DE GARANTIES SANTE

SERENITE

Vous avez souscrit à une Formule SERENITE, qui vous permet de bénéficier des prestations de base adaptées aux dernières dispositions législatives et réglementaires du contrat responsable ⁽¹⁾.

Vous pouvez retrouver le niveau global des prestations de votre formule dans la colonne TOTAL

	REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE	SERENITE	TOTAL
HOSPITALISATION ⁽³⁾			
Séjours conventionnés	80% BR	100% FR	100% FR
Séjours non conventionnés ⁽⁴⁾	80% BR	80% FR dans la limite de 200% BR	80% FR dans la limite de 280% BR
Honoraires :			
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	80% BR	120% BR	200% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	80% BR	100% FR dans la limite de 500% BR	100% FR dans la limite de 580% BR
Chambre particulière (maternité comprise) (par jour)	-	2,5% PMSS (soit 80,45€)	2,5% PMSS (soit 80,45€)
Forfait journalier	-	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (par jour) (- de 16 ans et - 20 ans pour les handicapés)	-	1,5% PMSS (soit 48,27€)	1,5% PMSS (soit 48,27€)
SOINS COURANTS			
Consultations, visites généralistes :			
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	200% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	150% BR	220% BR
Consultations, visites spécialistes :			
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	200% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	200% BR	270% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale :			
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	200% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	200% BR	270% BR
Psychologue (par bénéficiaire et pour un enfant moins de 18 ans)	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Psychomotricien (par bénéficiaire)	-	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Auxiliaires médicaux	60% BR	200% BR	260% BR
Analyses	60%, 70% BR	200% BR	Jusqu'à 270% BR
Radiologie :			
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	200% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	200% BR	270% BR
Pharmacie	15%, 30%, 65%, 100% BR	TM	100% BR
Médicaments non remboursables par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	30 €	30 €
MEDECINE DOUCE			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étiope, naturopathe, acupuncteur (par bénéficiaire)	-	40€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)	40€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)
DENTAIRE			
Soins dentaires	70% BR	200% BR	270% BR
Inlays, onlays	70% BR	250% BR	320% BR
Orthodontie acceptée par le RO	70% - 100% BR	250% BR	Jusqu'à 350% BR
Orthodontie non acceptée le RO (par an et par bénéficiaire)	-	5% PMSS (soit 160,9€)	5% PMSS (soit 160,9€)
Prothèses prises en charge par le RO	70% BR	300% BR	370% BR
Inlays cores	70% BR	150% BR	220% BR
Parodontologie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	5% PMSS (soit 160,9€)	5% PMSS (soit 160,9€)
Implantologie (par implant, dans la limite de 2 / an / bénéficiaire) ⁽⁵⁾	-	16,5% PMSS (soit 530,97€)	16,5% PMSS (soit 530,97€)
Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	66% PMSS (soit 2123,88€) les 2 premières années et 100% PMSS (soit 3218€) les années suivantes	
AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGES			
Orthopédie, appareils auditifs, appareillages et accessoires médicaux	60% BR	300% BR	360% BR
OPTIQUE			
		Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue	
LUNETTES ACCEPTÉES - ENFANTS JUSQU'À 12 ANS INCLUS			
Équipement simple (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls ⁽⁷⁾	60% BR	5% PMSS (soit 160,9€) dans la limite de 150€ pour la monture seule ⁽⁷⁾	Remboursement RO + 5% PMSS (soit 160,9€) dans la limite des FR ⁽⁷⁾
Équipement complexe (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls (La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150€) ⁽⁷⁾	60% BR	8% PMSS (soit 257,44€) dans la limite de 150€ pour la monture seule ⁽⁷⁾	Remboursement RO + 8% PMSS (soit 257,44€) dans la limite des FR ⁽⁷⁾
LUNETTES ACCEPTÉES - ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS ⁽⁸⁾			
Monture seule	60% BR	4,5% PMSS (soit 144,81€)	Remboursement RO + 4,5% PMSS (soit 144,81€) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction entre -4 et +4)	60% BR	4,5% PMSS (soit 144,81€)	Remboursement RO + 4,5% PMSS (soit 144,81€) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction supérieure à +4)	60% BR	5% PMSS (soit 160,9€)	Remboursement RO + 5% PMSS (soit 160,9€) dans la limite des FR
Verres multifocaux (correction entre -8/+8)	60% BR	10% PMSS (soit 321,8€)	Remboursement RO + 10% PMSS (soit 321,8€) dans la limite des FR
Autres verres multifocaux (hors zone -8/+8)	60% BR	12% PMSS (soit 386,16€)	Remboursement RO + 12% PMSS (soit 386,16€) dans la limite des FR
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	60% BR	8% PMSS (soit 257,44€)	Remboursement RO + 8% PMSS (soit 257,44€) dans la limite des FR
Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	14,5% PMSS (soit 466,61€)	14,5% PMSS (soit 466,61€)
Chirurgie réfractive (par an et par œil)	-	11,5% PMSS (soit 370,07€)	11,5% PMSS (soit 370,07€)

GAMME TNS

PRISME SERENITE

TABLEAU DE GARANTIES SANTE

SERENITE

REMBOURSEMENT DU
RÉGIME OBLIGATOIRE

SERENITE

TOTAL

TRANSPORT

Transport accepté par le RO	65% BR	TM	100% BR
-----------------------------	--------	----	---------

MATERNITE

Forfait naissance ou adoption ⁽⁹⁾	-	8% PMSS (soit 257,44€)	8% PMSS (soit 257,44€)
Dépassement d'honoraires	-	Pendant la période de grossesse ainsi qu'en cas d'accouchement par césarienne, les dépassements d'honoraires sont couverts au titre des garanties prévues par chaque poste. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge en cas d'accouchement par voie basse.	

CURE

Cure thermale acceptée par le RO ⁽¹⁰⁾ (par an et par bénéficiaire)	70% BR	16,5% PMSS (soit 530,97€)	Remboursement RO + 16,5% PMSS (soit 530,97€) dans la limite des FR
---	--------	---------------------------	--

PREVENTION ET AUTRES SOINS

Sevrage tabagique: patch, gomme... (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	50 €
Pilules contraceptives (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	50 €
Vaccin anti grippe (1 par an et par bénéficiaire)	-	100% FR	100% FR
Actes de prévention pris en charge par le RO ⁽¹¹⁾	-	Pris en charge	Pris en charge
Forfait ostéodensitométrie non remboursé par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	100 €	100 €
Autres actes remboursés par le RO ⁽¹²⁾	-	TM	100% BR

ASSISTANCE

Garanties FIAPSIL	-	Assistance en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint / Assistance en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'adhérent/ Assistance en cas d'hospitalisation imprévue du conjoint / Prévention et informations médicales (détails sur http://www.fiapsil.asso.fr)	
-------------------	---	---	--

Les prestations sont versées dans la limite des dispositions prévues aux conditions générales.

Document non contractuel. Les montants sont calculés par rapport aux remboursements effectués par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire connue en date du 01/04/2015, hors Alsace-Moselle. Les garanties indiquées dans la colonne portant la notion "Responsable" sont exprimées en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré.

RO : Régime Obligatoire - FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - TM : Ticket Modérateur
PMSS 2016 : 3 218 €

- (1) Contrat Responsable : le contrat respectant les obligations visées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses différents textes d'application.
 (2) CAS : Le Contrat d'Accès aux Soins est signé entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients. La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent régime diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.
 (3) Les séjours (frais de séjour, hébergement et honoraires) et la chambre particulière en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge tels que définis dans le tableau de garanties dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de 90 jours, la prise en charge est limitée au remboursement du TM.
 (4) Les actes non conventionnés : le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué sur la base du tarif d'autorité, fixé par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale, égal à 16% de la base de remboursement.
 (5) L'implantologie = implant + pilier + couronne sur implant si non prise en charge par le RO + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire.
 (6) Pour les plafonds dentaires et optiques (hors verres multifocaux hors zone), les plafonds s'entendent par année civile. En cas de dépassement du plafond, le remboursement est limité au TM.
 (7) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150€.
 (8) Le remboursement d'un équipement mixte s'obtient en additionnant le forfait monture seule ainsi que la moitié du forfait verre unifocal et la moitié du forfait verre multifocal, correspondant à la correction optique de l'assuré.
 (9) Forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiple.
 (10) Hors frais de transport.
 (11) Les actes de prévention pris en charge par le RO sont les actes tel que le scellement de sillons, le détartrage annuel sus et sous-gingival, ou encore la vaccination comme le DTP.
 (12) Le remboursement du RO sera fonction de la nature de l'acte.