

# Tableau de garanties

## SPVIE Santé Nova

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés.

Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont non responsables au sens de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Les plafonds annuels mentionnés dans le tableau de garanties s'appliquent à compter de la date d'adhésion.

### Hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité

Garanties exprimées en %BR limitées à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion. / Garanties exprimées en euros non remboursées durant les 3 premiers mois d'adhésion.

	FORMULE A	FORMULE B	FORMULE C	FORMULE D	FORMULE E
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Honoraires médecins non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	130% BR	150% BR	180% BR
Honoraires médecins secteur non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais de séjour en secteur conventionné	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour en secteur non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière pour les séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité (par jour) <sup>(2)</sup>	0€	35€	45€	50€	55€
Frais d'accompagnant (lit, frais de repas, télévision), téléphone et internet (par jour) <sup>(3)</sup>	0 €	15€	15€	15€	15€
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Hospitalisation à domicile	oui	oui	oui	oui	oui
Frais de transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences et Actes Lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR

### Soins courants

Garanties limitées à 100%BR durant les 3 premiers mois d'adhésion.

Honoraires médecins					
- Médecins généralistes adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
- Médecins généralistes non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	110% BR	110% BR	130% BR
- Médecins spécialistes adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
- Médecins spécialistes non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	110% BR	110% BR	130% BR
Actes techniques médicaux					
- Médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	125% BR	150% BR	150% BR
- Médecins non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	125% BR	150% BR	150% BR
Actes d'imagerie médicale					
- Médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	125% BR	150% BR	150% BR
- Médecins non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	110% BR	125% BR	150% BR	150% BR
Analyses médicales	100% BR	110% BR	125% BR	150% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	110% BR	125% BR	150% BR	150% BR
Matériel médical :					
appareillage, produits et prestations diverses, prothèses remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et optique)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

### Dentaire

Garanties limitées à 100%BR durant les 3 premiers mois d'adhésion.

Soins et prothèses 100% santé <sup>(4)</sup>	Aucun remboursement sur les prestations entrant dans le 100% santé				
Soins conservateurs dentaires, prophylaxie, parodontologie, radiologie et prévention hors 100% santé remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlays et Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et à tarifs libres <sup>(5)</sup>	100% BR	125% BR	165% BR	190% BR	215% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par semestre de traitement)	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Plafond dentaire (hors soins) (par période de 12 mois de couverture) <sup>(6)</sup>	illimité	illimité	illimité	illimité	1 000€

### Optique <sup>(7)</sup>

Garanties exprimées en euros non remboursées durant les 3 premiers mois d'adhésion.

Équipement 100% santé classe A <sup>(8)</sup>	Aucun remboursement sur les prestations entrant dans le 100% santé				
Équipement libre classe B : 2 verres simples et une monture <sup>(9)</sup>	100% BR	100% BR	100€	150€	200€
Équipement libre classe B : 2 verres complexes <sup>(10)</sup> ou très complexes <sup>(11)</sup> et une monture	100% BR	100% BR	150€	200€	275€
Équipement libre classe B : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe et une monture	100% BR	100% BR	100€	150€	200€
Équipement libre classe B : plafond monture	100% BR	100% BR	100€	100€	100€
Lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale (par période de 12 mois de couverture)	100% BR	100% BR	100€	100€	100€

### Aide Auditives <sup>(12)</sup>

Équipement 100% santé classe I	Aucun remboursement sur les prestations entrant dans le 100% santé				
Équipement libre, classe II <sup>(13)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

### Prévention

Garanties exprimées en euros non remboursées durant les 3 premiers mois d'adhésion.

Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale de cures thermales	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait de cures thermales (par période de 12 mois de couverture)	0€	100€	100€	125€	150€
Médecine douce Ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, podologue hors pédicure, homéopathe, psychologues/ psychothérapeutes, psychomotricien, diététicien (par période de 12 mois de couverture) <sup>(14)</sup>	0€	30€	30€	40€	50€
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

### Services

Garantie assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins Carte Blanche	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Accès à la pratique du tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

#### \*Délais d'attente et limites de garanties :

Pour les garanties exprimées en pourcentage de la Base de remboursement de la sécurité sociale, limitation à 100% BR durant les 3 premiers mois suivants la date d'adhésion.

Pour les garanties exprimées en euros, aucune prise en charge durant les 3 premiers mois suivants la date d'adhésion.

### Abréviations

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale



**(1)** OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et gynéco-Obstétriciens. Ces dispositifs permettent d'encadrer les dépassements d'honoraires.

**(2)** Limitation à 90 jours par période de 12 mois de couverture en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité. Limitation à 30 jours par période de 12 mois de couverture pour l'ensemble des séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés, autres établissements de repos. Les séjours en psychiatrie ne sont pas pris en charge.

**(3)** Limitation à 30 jours par période de 12 mois de couverture.

**(4)** Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-g du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

**(5)** Prothèses à tarifs maîtrisés : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les «Soins et prothèses 100% Santé» dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-g du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale. Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-g du Code de la Sécurité sociale.

**(6)** Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

**(7)** Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. En cas d'équipement mixte 100 % Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% Santé. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est

prévu dans la liste mentionnée à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

**(8)** Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

**(9)** Verres simples : Verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie.

**(10)** Verres complexes : Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs.

**(11)** Verres très complexes : Verres multi focaux ou progressifs sphéro cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptrie ou à verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptrie

**(12)** Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

**(13)** Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

**(14)** Les médecines douces ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° RPPS, le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien sera demandé.