



Personnaliser ma couverture Santé

Caractéristiques de l'offre HIRELINK

Date d'effet : 01/06/2024

N° de contrat complémentaire santé : 284495340

Type de bénéficiaire : Tout conjoint et tous enfants

Groupe assuré : Ensemble du personnel

Fonctionnement de votre couverture

Vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire souscrite par votre employeur, ce contrat permet de compléter les prestations prises en charge par la Sécurité sociale.

Vous pouvez également adhérer à une option pour compléter vos garanties en fonction de vos besoins personnels et de votre budget. Souscrivez facilement à une option grâce au BIA en ligne ou complétez le BIA papier qui vous a été remis par votre employeur.

Mes garanties

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Hospitalisation

les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation

Frais de séjour

dans un établissement conventionné	200 % BR-MR	225 % BR-MR	300 % BR-MR
dans un établissement non conventionné	200 % BR-MR	225 % BR-MR	300 % BR-MR

Honoraires

d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	245 % BR-MR	525 % BR-MR
d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	245 % BR-MR	525 % BR-MR

Chambre particulière (par jour)

	60 €	75 €	130 €
--	------	------	-------

Lit d'accompagnant (par jour)

D'un enfant de moins de:	16 ans	16 ans	16 ans
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite par année civile de:	30 jour(s)	30 jour(s)	30 jour(s)

Maternité

Forfait adoption Ce forfait est doublé en cas d'adoptions multiples.	170 €	170 €	400 €
Forfait Parentalité Ce forfait est doublé en cas de naissances multiples.	170 €	170 €	400 €

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Dentaire

Soins (hors 100% Santé)

Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	200 % BR-MR	250 % BR-MR	250 % BR-MR
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	200 €	400 €	500 €

Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾

100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
--------------	--------------	--------------

Prothèses (Hors 100% Santé)

à tarif limité ⁽²⁾ (y compris Inlay Onlay)	300 % BR-MR	350 % BR-MR	550 % BR-MR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
à tarifs libre ⁽³⁾ (y compris Inlay Onlay)	300 % BR-MR	350 % BR-MR	550 % BR-MR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale, Par année civile et par bénéficiaire	200 €	250 €	300 €

Orthodontie

prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR-MR	350 % BR-MR	500 % BR-MR
non prise en charge par la Sécurité sociale par semestre	250 % BRR	500 % BRR	500 % BRR
Dans la limite de :	4 Semestre(s) consécutif(s)	4 Semestre(s) consécutif(s)	4 Semestre(s) consécutif(s)

Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale

500 €	500 €	800 €
-------	-------	-------

Par année civile et par bénéficiaire

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	200 % BR-MR	400 % BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR	400 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR
Visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR
Visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR

	Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable	
		Option 1	Option 2
	En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	
Soins courants			
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	220 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	200 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	220 % BR-MR	350 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	200 % BR-MR	350 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire			
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Honoraires paramédicaux			
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Médicaments			
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire	60 €	60 €	60 €
Matériel médical			
Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR-MR + 105 €	225 % BR-MR + 105 €	225 % BR-MR + 105 €
Médecines non conventionnelles			
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI, RPPS ou FINESS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.) par séance	35 €	35 €	50 €
	Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	4 séance(s)	4 séance(s)	5 séance(s)

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Aides auditives

Equipement 100% santé ⁽⁴⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans	4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	840 Euros-MR	990 Euros-MR	1390 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans	4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	1440 Euros-MR	1590 Euros-MR	1740 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans	4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	200 % BR-MR	225 % BR-MR	225 % BR-MR

Autres postes

Frais de transport	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
--------------------	-------------	-------------	-------------

Prévention

Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché Par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS	6 % PMSS	6 % PMSS
Les médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 €	50 €	100 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat :	1,25 % PMSS	1,25 % PMSS	1,25 % PMSS
Par enfant de moins de	12 ans	12 ans	12 ans
Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de :	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	3 ans	3 ans	3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale	Inclus	Inclus	Inclus
La Téléconsultation Prise en charge au titre des honoraires médicaux.	Inclus	Inclus	Inclus
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique. Par année civile et par bénéficiaire	200 €	200 €	200 €
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, dans la limite d'une fois par année civile et par bénéficiaire :	100 €	100 €	100 €

Complémentaire responsable base obligatoire	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans	2 ans	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽⁵⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Équipement à tarif libre (Classe B) avec monture et verres simples	280 Euros-MR	320 Euros-MR	390 Euros-MR
avec monture et verres complexes	420 Euros-MR	460 Euros-MR	550 Euros-MR
avec monture et verres très complexes	440 Euros-MR	480 Euros-MR	570 Euros-MR
Dont monture	100 Euros-MR	100 Euros-MR	100 Euros-MR

Autres postes optique

Prestation d'adaptation (Classe A et B)	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Par implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte.	350 €	400 €	450 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale	170 €	170 €	350 €
Par année civile et par bénéficiaire			
Nous garantissons au minimum :	100 % TM		
La chirurgie réfractive, par œil, par bénéficiaire et par année civile	700 €	800 €	1000 €

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Confort" décrits au chapitre correspondant

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Aide aux aidants" décrits au chapitre correspondant

Services

Le Réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget

La description de ce service est donnée au chapitre correspondant

SIMPLES Avec verres unifocaux	COMPLEXES Avec verres unifocaux	COMPLEXES avec verres multifocaux	TRES COMPLEXES Avec verres multifocaux
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère entre -6 et 6 ■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère hors zone -6 et 6 ■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 ■ Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère entre -4 et 4 ■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère hors zone -4 et 4 ■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 ■ Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8

Ce tableau synthétise l'ensemble de l'offre d'assurance complémentaire et surcomplémentaire que votre employeur a souscrite pour vous.

Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel. Les remboursements affichés viennent compléter ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessus.

Pour de plus amples informations sur vos garanties, reportez-vous à la Notice d'information qui vous a été remise par votre employeur.

Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

BRR = Base de remboursement reconstituée. Prise en compte de la base de remboursement de la garantie prise en charge par la Sécurité sociale.

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.**

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat au **1er juin 2024**. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples viennent en complément du régime **général**, en secteur conventionné pour tous les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Base	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20 €	- €	20 €	- €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422 €	271,70 €	150,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463 €	271,70 €	191,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	17,35 €	- €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	72 €	428 €	- €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	550 €	72 €	276 €	202 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	72 €	276 €	206 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	16,50 €	9 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50 €	17,55 €	21,20 €	11,25 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	55 €	17,55 €	15,90 €	21,55 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,05 €	29,95 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	15,10 €	29,90 €	20 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330 €	47,30 €	89,70 €	193 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides Auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	- €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille	1 565 €	240 €	600 €	725 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	600 €	1 160 €	Pour adulte de plus de 21 ans

Base	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
 Optique					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	- €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	342 €	0,09 €	279,91 €	62 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 142€ et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

