

Abeille Santé Collective ANI: les garanties

Garanties incluant le remboursement de la Sécurité sociale dans le cadre du « parcours de soins » et dans la limite des frais réellement engagés, sous déduction des participations forfaitaires et des franchises médicales.

Socle commun		Renforts individuels en complément du socle commun		
	Niveau ANI	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 % BR			
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTAM : 100 % BR Médecin non DPTAM : 100 % BR	50 % BR	75 % BR	200 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	-	-	-
Chambre particulière	-	25 €	50 €	100 €
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-	-
Lit d'accompagnant	-	15 €	25 €	50 €
Transport remboursé par l'AM	100 % BR	50 % BR	75 % BR	200 % BR

	Niveau ANI	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (médecins généralistes ou spécialistes, actes techniques, radiologie et échographie)	Médecin DPTAM : 100 % BR Médecin non DPTAM : 100 % BR	50 % BR	75 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR			
Médicaments pris en charge par l'AM	100 % BR	-	-	-
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	50 %	75 %	200 %
Matériel médical	100 % BR			
Consultations d'un psychologue remboursées par l'AM ⁽¹⁾	100 % BR	-	-	-

	Niveau ANI	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ DENTAIRE				
Soins et Prothèses 100 % Santé⁽²⁾	100% HLF	-	-	-
Soins et Prothèses hors 100 % Santé				
Soins dentaires	100 % BR			
Radiologie dentaire	100 % BR			
Prothèses remboursées par l'AM	125 % BR	50 % BR	100 % BR	200 % BR
Orthodontie (par semestre de soin)	125 % BR			
Orthodontie non prise en charge par l'AM	-	Forfait par année civile et par personne : 100 €	Forfait par année civile et par personne : 200 €	Forfait par année civile et par personne : 400 €
Implant parodontologie (forfait par an)	-			

Socle commun		Renforts individuels en complément du socle commun		
	Niveau ANI	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ OPTIQUE				
<p>Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment⁽¹⁾ pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. La prise en charge de la monture est limitée à 100 € au sein de l'équipement.</p>				
Equipements 100 % Santé ⁽²⁾	100% PLV	-	-	-
Equipements hors 100 % Santé				
Monture + paire de verres simples	100 €			
Monture + paire de verres progressifs	200 €			
Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement de 100 % de la BR-MR	-	Forfait global par personne : 100 €	Forfait global par personne : 200 €	Forfait global par personne : 400 €
Chirurgie réfractive	-			

	Niveau ANI	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ AIDES AUDITIVES				
<p>Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.</p>				
Equipements 100 % Santé ⁽²⁾	100 % PLV	-	-	-
Equipements hors 100 % Santé	100 % BR	50 %	75 %	200 %

	Niveau ANI	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
■ PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM				
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, etiopathie, diététicien				
Vaccins et Médicaments prescrits mais non pris en charge par l'AM (sevrage tabagique, homéopathie, pilules contraceptives)	-	Forfait par an et par personne : 50 €	Forfait par an et par personne : 100 €	Forfait par an et par personne : 200 €
Examens, analyses, radios prescrits et non pris en charge par l'AM				

Lexique :

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR : Frais réels.

PLV : Prix limite de Vente défini par la réglementation en vigueur.

HLF : Honoraires limites de facturation.

TM : Ticket Modérateur.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

DPTAM : Les médecins signataires des DPTAM «Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée» (OPTAM / OPTAM-ACO) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

⁽¹⁾ Remboursement de 12 consultations maximum par année civile par Bénéficiaire dans le cadre du dispositif "Mon soutien psy".

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement.

⁽³⁾ Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).