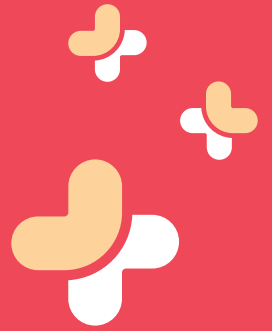


SANTÉ FRONTALIER SUISSE

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE
CONFORME 100% SANTÉ



GARANTIES

Les garanties ci-dessous sont exprimées en pourcentage de la BR.
Elles s'entendent sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie sauf pour les forfaits (hors forfait optique des équipements à tarif libre).

NIVEAU 1 NIVEAU 2 NIVEAU 3 NIVEAU 4 NIVEAU 5 NIVEAU 6

HOSPITALISATION (1)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Forfait journalier hospitalier et actes lourds (sans limitation de durée)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur conventionné (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné (2)	100%	150%	200%	200%	200%	200%
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur conventionné : praticiens adhérents au DPTAM	125%	200%	300%	450%	450%	450%
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur conventionné : praticiens non adhérents au DPTAM	100%	150%	200%	200%	200%	200%
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur non conventionné	100%	150%	200%	200%	200%	200%
Chambre particulière en hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité (dont ambulatoire)	-	50 € / J	70 € / J	100 € / J	130 € / J	160 € / J
Chambre particulière en unités et établissements spécialisés (dans la limite de 30 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire) (3)	-	-	-	30 € / J	40 € / J	50 € / J
Frais de confort (location de TV, internet, téléphone) (dans la limite de 30 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire) (4)	-	5 € / J	5 € / J	5 € / J	5 € / J	5 € / J
Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans et plus de 70 ans	-	10 € / J	10 € / J	15 € / J	25 € / J	30 € / J

(1) Hospitalisation chirurgicale, médicale, à domicile, maternité ou en unités et établissements spécialisés (soins de suite, réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie).

(2) La prise en charge des frais de séjour est limitée à 100% de la BR dans les unités et établissements spécialisés.

(3) La chambre particulière est exclue en psychiatrie et neuropsychiatrie.

(4) Les frais de confort sont pris en charge dans le cadre des hospitalisations chirurgicales, médicales et maternité. Sont exclus les unités et établissements spécialisés (soins de suite, réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie)

HOSPITALISATION EN SUISSE prise en charge par l'Assurance Maladie française

Hospitalisation médicale et chirurgicale

Maternité

Hôpital cantonal de Genève
100% des Frais réels en chambre commune

Hôpital cantonal de Genève
100% des Frais réels en chambre commune

SOINS EN SUISSE pris en charge par la LAMAL

Quote part de 10% (5)

OUI

OUI

OUI

OUI

OUI

OUI

(5) Dans la limite de 700CHF par bénéficiaire adulte et 350CHF par bénéficiaire enfant de moins de 18 ans

SOINS COURANTS pris en charge par l'Assurance Maladie

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Consultations et visites médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale : praticiens adhérents au DPTAM	125%	170%	200%	240%	270%	300%
Consultations et visites médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale : praticiens non adhérents au DPTAM	100%	135%	165%	200%	200%	200%
Consultations en psychiatrie et neuropsychiatrie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, podologues notamment	100%	135%	150%	175%	200%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	135%	150%	175%	200%	200%
Matériel médical dont prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires (6)	100%	135%	150%	175%	200%	200%
Médicaments et vaccins	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(6) Appareillage et prothèses hors prothèses dentaires, auditives et accessoires optiques.

DENTAIRE

Soins et actes dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie

Soins :

1^{ère} et 2^{ème} années d'adhésion

A partir de la 3^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★

Prothèses 100% Santé (définies règlementairement)

Prothèses (dont inlays, onlays et inlay-cores) à tarifs maîtrisés ou libres :

1^{ère} et 2^{ème} années d'adhésion

A partir de la 3^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★

Orthodontie :

1^{ère} et 2^{ème} années d'adhésion

A partir de la 3^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★

Actes dentaires non pris en charge par l'Assurance Maladie

Implantologie et parodontologie (par année d'adhésion et par bénéficiaire) :

1^{ère} et 2^{ème} années d'adhésion

A partir de la 3^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★

Plafond annuel (dentaire hors soins et hors actes 100% Santé) (7)

1^{ère} et 2^{ème} années d'adhésion

A partir de la 3^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	125%	150%	200%	250%	300%	400%
A partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	150%	200%	250%	300%	400%	500%
Prothèses 100% Santé (définies règlementairement)	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*
Prothèses (dont inlays, onlays et inlay-cores) à tarifs maîtrisés ou libres :						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	125%	150%	200%	250%	300%	400%
A partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	150%	200%	250%	300%	400%	500%
Orthodontie :						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	125%	150%	200%	250%	300%	400%
A partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	150%	200%	250%	300%	400%	500%
Implantologie et parodontologie (par année d'adhésion et par bénéficiaire) :						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	-	250 €	350 €	450 €	550 €	650 €
A partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	250 €	350 €	450 €	550 €	650 €	750 €
Plafond annuel (dentaire hors soins et hors actes 100% Santé) (7)						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	-	800 €	1100 €	1400 €	1600 €	2000 €
A partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	-	1200 €	1500 €	1800 €	2100 €	2500 €

(7) Au-delà du plafond, couverture des actes pris en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 100% de la BR.

GARANTIES

NIVEAU 1 NIVEAU 2 NIVEAU 3 NIVEAU 4 NIVEAU 5 NIVEAU 6

OPTIQUE (8)

	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*
Equipements 100% Santé de classe A (définis réglementairement)						
Equipements hors 100% Santé de classe B - tarifs libres (1 monture + 2 verres) :						
Verres simples	100%	250 €	300 €	350 €	400 €	400 €
Verres complexes	100%	330 €	380 €	430 €	480 €	530 €
Verres très complexes	100%	330 €	380 €	430 €	480 €	530 €
1 verre simple + 1 verre complexe	100%	290 €	340 €	390 €	440 €	465 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	100%	290 €	340 €	390 €	440 €	465 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	100%	330 €	380 €	430 €	480 €	530 €
Lentilles prescrites prises en charge ou non par l'Assurance Maladie, y compris lentilles jetables (par année d'adhésion et par bénéficiaire) (9)	100%	100 €	100 €	125 €	150 €	150 €
Chirurgie réfractive : myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	300 €	400 €	500 €	550 €	600 €
Matériel amblyopie prescrit (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €

(8) - Conformément au décret sur le contrat responsable, votre contrat prévoit la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans suivant le dernier achat (sauf exceptions prévues dans l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment concernant 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)

- Définition des verres simples, complexes et très complexes : se référer aux conditions générales
- Monture prise en charge dans la limite de 100 €

(9) Au-delà du forfait, couverture des lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 100% de la BR.

AIDE AUDITIVE (10)

	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*
Equipements 100% Santé de classe I (définis réglementairement)						
Equipements hors 100% Santé de classe II - tarifs libres (forfait par oreille)	100%	100% + 150€	100% + 200€	100% + 300€	100% + 400€	100% + 500€
Piles, consommables ou accessoires pris en charge par l'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(10) 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. Les équipements à tarif libre sont pris en charge dans la limite de 1700€, fixée par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

AUTRES FRAIS pris en charge par l'Assurance Maladie

	100%	125%	150%	175%	200%	200%
Frais de transport	100%	125%	150%	175%	200%	200%
Soins et séjours à l'étranger	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Cures thermales : honoraires	100%	100%	100%	100%	100%	100%
transport et hébergement (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Actes de prévention santé	100%	100%	100%	100%	100%	100%

AUTRES FRAIS non pris en charge par l'Assurance Maladie

Médecines douces : ostéopathes, diététiciens, acupuncteurs, pédicures-podologues, naturopathes, étioopathes, chiropracteurs, microkinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, sophrologues (par année d'adhésion et par bénéficiaire)						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	-	-	75 €	100 €	150 €	175 €
A partir de la 3 ^{ème} année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	-	75 €	100 €	150 €	175 €	200 €
Pharmacie dont homéopathie, vaccins, sevrage tabagique, contraceptifs, préservatifs et ostéodensitométrie prescrits (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	70 €	90 €	110 €	130 €	150 €

FORFAITS COMPLÉMENTAIRES «ÉVÈNEMENTS DE LA VIE»

Naissance ou adoption (forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiple) (11)	-	50 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Maladie redoutée : en cas de diagnostic de cancer, infarctus, AVC, sclérose en plaques, insuffisance rénale, coronaropathie ou de greffe d'un organe (détail en annexe des Conditions Générales) (12)	-	200 €	300 €	450 €	750 €	1 000 €

(11) Le forfait est versé à un seul des deux parents sous réserve de l'affiliation de l'enfant au contrat au plus tard dans les 3 mois qui suivent la naissance.

(12) Cette garantie est soumise à un délai d'attente de 3 mois. Elle est diminuée de moitié dès l'âge de 60 ans et cesse à l'âge de 65 ans.

ASSISTANCE ET SERVICES

	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance 24h/24 (détail en annexe des Conditions Générales)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Accès au réseau de soins CARTE BLANCHE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

* dans la limite des prix limite de vente définis réglementairement

LEXIQUE

- BR** : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie
- DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (ex CAS et OPTAM) visant à encadrer les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins conventionnés
- PLV** : Prix Limite de Vente fixé dans le cadre du dispositif «100% Santé» dans le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019

Cette notice n'a qu'une valeur explicative. Seuls votre bulletin d'adhésion et les conditions générales qui y sont annexées font loi entre les parties



Exemples de remboursements basés sur les tarifs Assurance Maladie 2022

ACTE

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier

DÉPENSE	REMBOURSEMENT		RESTE À CHARGE		
	ASSURANCE MALADIE	COMPLÉMENTAIRE RÉPAM	NIV 3	NIV 6	
20.00 €	0.00 €	20.00 €	20.00 €	0.00 €	0.00 €

Honoraires du chirurgien (adhérent au DPTAM)
pour une opération de la cataracte

355.00 €	271.70 €	83.30 €	83.30 €	0.00 €	0.00 €
----------	----------	---------	---------	--------	--------

Honoraires du chirurgien (non adhérent au DPTAM)
pour une opération de la cataracte

431.00 €	271.70 €	159.30 €	159.30 €	0.00 €	0.00 €
----------	----------	----------	----------	--------	--------

SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin spécialiste avec
dépassement d'honoraires (adhérent au DPTAM)

44.00 €	16.50 €	26.50 €	26.50 €	1.00 €	1.00 €
---------	---------	---------	---------	--------	--------

Consultation d'un médecin spécialiste avec
dépassement d'honoraires (non adhérent au DPTAM)

56.00 €	15.10 €	21.85 €	29.90 €	19.05 €	11.00 €
---------	---------	---------	---------	---------	---------

DENTAIRE

Détartrage

28.92 €	20.24 €	8.68 €	8.68 €	0.00 €	0.00 €
---------	---------	--------	--------	--------	--------

Couronne céramo-métallique 100% Santé
sur incisive, canine ou 1^{ère} pré-molaire

500.00 €	84.00 €	416.00 €	416.00 €	0.00 €	0.00 €
----------	---------	----------	----------	--------	--------

Couronne céramo-métallique à tarif maîtrisé
sur 2^{ème} pré-molaire

538.70 €	84.00 €	156.00 €	396.00 €	298.70 €	58.70 €
----------	---------	----------	----------	----------	---------

Couronne céramo-métallique à tarif libre sur molaire

538.70 €	84.00 €	156.00 €	396.00 €	298.70 €	58.70 €
----------	---------	----------	----------	----------	---------

Orthodontie prise en charge par l'A.M.

900.00 €	193.50 €	193.50 €	580.50 €	513.00 €	126.00 €
----------	----------	----------	----------	----------	----------

OPTIQUE

Équipement 100% Santé de classe A (définis réglementairement) :
monture + 2 verres simples unifocaux

125.00 €	22.50 €	102.50 €	102.50 €	0.00 €	0.00 €
----------	---------	----------	----------	--------	--------

Équipement à tarif libre de classe B :
monture + 2 verres simples unifocaux

345.00 €*	0.09 €	299.91 €	344.91 €	45.00 €	0.00 €
-----------	--------	----------	----------	---------	--------

AIDES AUDITIVES

Équipement 100% Santé de classe I (par oreille)

1100.00 €	240.00 €	860.00 €	860.00 €	0.00 €	0.00 €
-----------	----------	----------	----------	--------	--------

Équipement hors 100% Santé à tarif libre de classe II -
tarifs libres (définis réglementairement) (par oreille)

1 476.00 €	240.00 €	360.00 €	660.00 €	876.00 €	576.00 €
------------	----------	----------	----------	----------	----------

* dont 100 € pour la monture



Ce qu'il faut savoir sur votre contrat

C'est un contrat responsable qui respecte le décret gouvernemental visant à réguler le système de santé en encadrant les dépenses de soins :



Meilleurs remboursements si vous respectez le parcours de soins (généraliste → spécialiste)



Taxes réduites, ce qui a un impact positif sur votre cotisation



« Reste à charge zéro » sur les prothèses dentaires, équipements optiques et appareils auditifs «100% Santé»



Couverture des dépassements d'honoraires limitée pour les praticiens n'ayant pas adhéré au DPTAM



Les + de SANTÉ FRONTALIER SUISSE

- Pas d'évolution de la cotisation en fonction de votre âge
- Possibilité de couvrir votre conjoint non travailleur frontalier : -15% sur sa cotisation
- Possibilité de couvrir vos ayant droits
 - Prise en charge de vos soins en France ou en Suisse
 - Pour vos soins réalisés en Suisse : remboursement de la quote-part de 10% toujours à votre charge
- Bonus fidélité : des garanties dentaires et médecines douces revalorisées dès la 3^e année d'adhésion



SURCOMPLÉMENTAIRE : possibilité de renforcer votre contrat pour améliorer la prise en charge des dépassements d'honoraires, ou renforcer certains postes de garanties.



Que se passe-t-il lors de votre départ à la retraite ?

Le statut de Frontalier était lié à votre activité professionnelle. Une fois retraité, vous n'êtes plus frontalier. Cependant vous aurez la possibilité de rester couvert sur cette offre si vous le souhaitez.

SURCOMPLÉMENTAIRES en OPTION

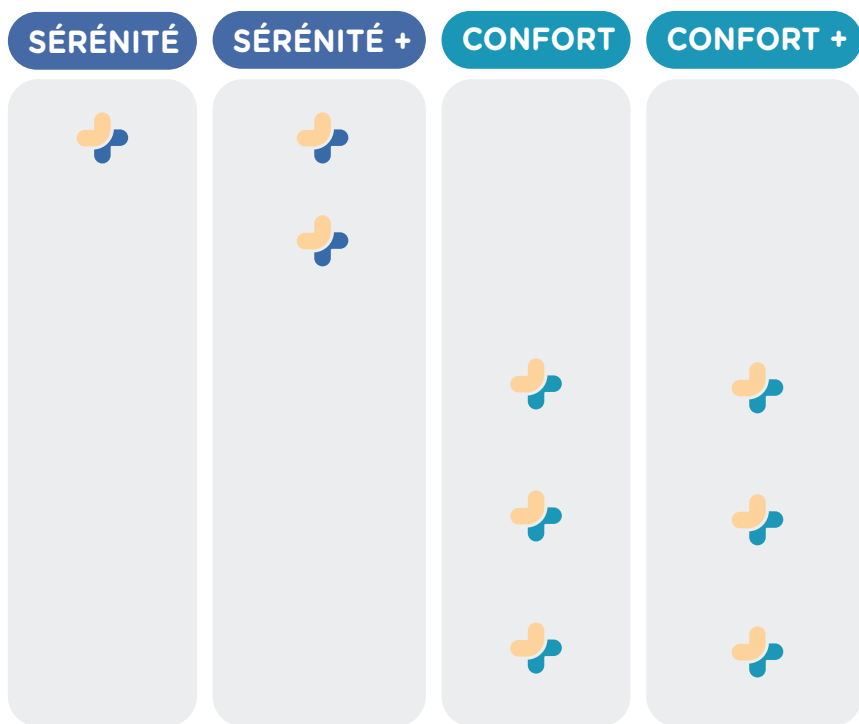


Vous voulez renforcer votre couverture et limiter votre reste à charge ?

Pensez à nos surcomplémentaires : SÉRÉNITÉ et CONFORT.

2 modules déclinés en 2 niveaux de garanties que vous pouvez combiner comme vous le souhaitez.

Au total, ce sont 8 combinaisons possibles.



- Hospitalisation** : Prise en charge des **dépassements d'honoraires** que le praticien ait adhéré ou non au DPTAM
- Soins courants** :
- Dentaire** : Prothèses et Orthodontie prises en charge
Actes dentaires non pris en charge
- Optique** : Equipements, lentilles, chirurgie réfractive
- Prévention et Soins non pris en charge** : Médecines douces / abonnement club de sport

SÉRÉNITÉ + CONFORT = - 10 %
sur le montant global des 2 Surcos à la souscription

TARIFS TTC / mois valables jusqu'au 31.12.2024

	NIVEAU MINIMUM REQUIS SUR LE CONTRAT DE BASE	ADULTE				ENFANT	
		< 60 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	> 79 ans	0 - 28 ans	
SÉRÉNITÉ	2	3.90 €	5.85 €	9.75 €	15.60 €	2.50 €	
SÉRÉNITÉ+	3	7.40 €	11.10 €	18.50 €	29.60 €	4.80 €	
CONFORT	1	14.90 €	14.90 €	14.90 €	14.90 €	9.70 €	
CONFORT+	1	28.90 €	28.90 €	28.90 €	28.90 €	18.70 €	
- 10 %*	SÉRÉNITÉ + CONFORT	2	16.92 €	18.68 €	22.19 €	27.45 €	10.98 €
	SÉRÉNITÉ + CONFORT+	2	29.52 €	31.28 €	34.79 €	40.05 €	19.08 €
	SÉRÉNITÉ+ + CONFORT	3	20.07 €	23.40 €	30.06 €	40.05 €	13.05 €
	SÉRÉNITÉ+ + CONFORT+	3	32.67 €	36.00 €	42.66 €	52.65 €	21.15 €

* sur le montant global des 2 surcos souscrites à la souscription

Exemple : pour un couple de 45 ans avec 1 enfant, choisissant les modules Sérénité et Confort, la cotisation s'élève à 44,82 € par mois.

Majoration Île-de-France : 25%

DÉTAIL DES GARANTIES

SÉRÉNITÉ

Les garanties ci-dessous sont exprimées en % de la BR. Elles viennent en substitution des garanties de la complémentaire santé de base.

A NOTER : si une garantie de la complémentaire santé de base est supérieure à celle de la surco, la garantie appliquée sera toujours la plus favorable.

SÉRÉNITÉ

SÉRÉNITÉ +

HOSPITALISATION (1)

Forfait journalier hospitalier et actes lourds (sans limitation de durée)
Forfait patient urgences
Frais de séjour en secteur conventionné (2)
Frais de séjour en secteur non conventionné (2)
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur conventionné : praticiens adhérents au DPTAM
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur conventionné : praticiens non adhérents au DPTAM
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur non conventionné
Chambre particulière en hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité (dont ambulatoire)
Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans et plus de 70 ans
Frais de confort (location de TV, internet, téléphone) (dans la limite de 30 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire) (3)
Frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie

Frais réels	Frais réels
Frais réels	Frais réels
Frais réels	Frais réels
450 %	450 %
450 %	450 %
450 %	450 %
450 %	450 %
100 € / J	130 € / J
30 € / J	40 € / J
5 € / J	5 € / J
200 %	250 %

SOINS COURANTS

Consultations et visites médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale : praticiens adhérents au DPTAM
Consultations et visites médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale : praticiens non adhérents au DPTAM
Honoraires paramédicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, podologues notamment
Analyses et examens de laboratoire
Matériel médical pris en charge par l'Assurance Maladie dont prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires (4)

-	300 %
-	300 %
-	300 %
-	300 %
-	200 %

- (1) Hospitalisation chirurgicale, médicale, à domicile, maternité ou en unités et établissements spécialisés (soins de suite, réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie).
(2) La prise en charge des frais de séjour est limitée à 100% de la BR dans les unités et établissements spécialisés.
(3) Les frais de confort sont pris en charge dans le cadre des hospitalisations chirurgicales, médicales et maternité.
(4) Appareillage et prothèses hors prothèses dentaires, auditives et accessoires optiques.

DELAIS D'ATTENTE :

Modules Sérénité et Sérénité +

- Délai d'attente de 6 mois sur toutes les garanties, sauf accident.
- Délai d'attente de 9 mois sur toutes les garanties ou actes relatifs à la maternité.

CONFORT

Les garanties ci-dessous sont exprimées en complément de votre complémentaire santé de base.

CONFORT

CONFORT +

DENTAIRE

Prothèses prises en charge par l'Assurance Maladie (dont inlays, onlays et inlays-cores) hors 100% Santé à tarifs maîtrisés ou libres
Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie
Actes dentaires non pris en charge par l'Assurance Maladie (par année d'adhésion et par bénéficiaire)

+ 50 %	+ 100 %
+ 25 %	+ 50 %
+ 100 €	+ 200 €

OPTIQUE (par année d'adhésion et par bénéficiaire)

Equipements hors 100% Santé de classe B pris en charge par l'Assurance Maladie (1 monture + 2 verres)
Lentilles prescrites prises en charge ou non par l'Assurance Maladie, y compris lentilles jetables
Chirurgie réfractive : myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie

+ 100 €	+ 200 €
+ 100 €	+ 200 €

AUTRES FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE (par année d'adhésion et par bénéficiaire)

Médecines douces : ostéopathes, diététiciens, acupuncteurs, pédicures-podologues, naturopathes, étioopathes, chiropracteurs, microkinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, sophrologues.
Pharmacie dont homéopathie, vaccins, sevrage tabagique, contraceptifs, préservatifs et ostéodensitométrie prescrits
Abonnements à un club de sport

+ 50 €	+ 100 €
--------	---------

DELAIS D'ATTENTE :

Modules Confort et Confort+

- aucun délai d'attente sur les modules Confort et Confort +

MIEUX COMPRIS, MIEUX PROTÉGÉ



LES SERVICES RÉPAM

ESPACE EN LIGNE : ASSURE.REPAMGESTION.FR



Télécharger la version dématérialisée de votre **carte de Tiers Payant**



Effectuer vos demandes de **remboursements**



Trouver un professionnel de santé **Carte Blanche**

REMBOURSEMENT EN 48 H

Grâce à la télétransmission

NOS PARTENAIRES RÉSEAU CARTE BLANCHE

- Réseau de professionnels de santé
- Tarifs négociés et encadrés
- Pas d'avance de frais*
- Engagement qualité

*optique et audiologie

100% MADE IN FRANCE



Votre contrat et vos remboursements gérés par les équipes Répam basées à Lyon



217 Cours Lafayette LYON 6ème

QUI EST RÉPAM ?

assurances



Création en **1995**



3 métiers : conception, distribution et gestion de contrats d'assurance santé et prévoyance



3 000 courtiers conseil partenaires



115 salariés basés à Lyon

Retrouvez-nous sur repam.fr



VOTRE CONTACT :

REPAM
assurances

Intermédiaire d'assurance et gestionnaire du contrat

Siège social : 217 cours Lafayette CS 50313 69451 LYON Cedex 06 - Tél : 04 72 33 03 03 - www.repam.fr

SA de courtage et de gestion d'assurances à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 1 500 000 € - RCS Lyon B 402 653 901 - ORIAS N° 07 002 787 - www.orias.fr

Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

SANTÉ FRONTALIER SUISSE et SANTÉ SURCO sont des contrats d'assurance santé souscrits par l'association des assurés de Répam, conçus et gérés par Répam et assurés auprès de MUTUALIA

TERRITOIRES SOLIDAIRES pour les garanties santé, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, et de FILASSISTANCE INTERNATIONAL pour les garanties assistance, SA régie par le Code des Assurances.

