

LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS - Niveau de garanties Lourmel 3

Tarifs en fonction de l'âge et de la région du domicile de l'adhérent.

Garanties identiques pour l'ensemble de la famille.

Les garanties sont exprimées en % de la BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) ou en forfait par an et par bénéficiaire, remboursements de la Sécurité sociale compris.

SOINS COURANTS	Part S.S.	Lourmel 3
HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX		
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	70 %	300 %
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM ou hors OPTAM-CO		200 %
Radiologie OPTAM ou OPTAM-CO		300 %
Radiologie hors OPTAM ou OPTAM-CO		200 %
Auxiliaires médicaux, analyses et soins infirmiers	60 %	100 %
Transport	65 %	200 %
MÉDICAMENTS		
Pharmacie remboursée à 65%	65 %	100 %
Pharmacie remboursée à 30%	30 %	
Pharmacie remboursée à 15%	15 %	
MATÉRIEL MÉDICAL		
Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽⁴⁾	60 %	300 %

HOSPITALISATION		
HONORAIRES		
Honoraires conventionnés OPTAM ou OPTAM-CO	80 %	300 %
Honoraires conventionnés hors OPTAM ou OPTAM-CO		200 %
Honoraires non conventionnés		150 %
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Forfait hospitalier	-	Oui
AUTRES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION		
Participation forfaitaire 24 € pour acte > 120 €	-	Oui
Frais de séjour pour établissements conventionnés ou non conventionnés	80 %	200 %
Chambre particulière ⁽¹⁾	-	100 €/jour
Lit d'accompagnant enfants de moins de 16 ans affiliés	-	40 €/jour

OPTIQUE		
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		
Équipement 100% santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60 %	100 % frais réels **
ÉQUIPEMENT LIBRE ADULTE ⁽⁶⁾		
Monture	60 %	100 €
Verre simple		150 €
Verre complexe		300 €
Verre très complexe		350 €
ÉQUIPEMENT LIBRE ENFANT ⁽⁶⁾		
Monture	60 %	100 €
Verre simple		150 €
Verre complexe		250 €
Verre très complexe		300 €
AUTRES PRESTATIONS		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	60 %	100 % + 250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾	-	
Chirurgie réfractive ⁽¹⁰⁾	-	1 000 €

DENTAIRE		Part S.S.	Lourmel 3
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ			
Soins et prothèses 100% santé ⁽²⁾		70 %	100 % frais réels *
SOINS			
Soins dentaires		70 %	250 %
Parodontologie, blanchiment, curetage non remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾		-	300 €
Inlays-onlays		70 %	250 %
PROTHÈSES DENTAIRES			
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) ⁽³⁾⁽⁴⁾		70 %	400 %
Autres prothèses à honoraires libres ⁽⁴⁾			
Prothèses dentaires et implants hors remboursement de la Sécurité sociale ⁽⁴⁾⁽¹⁰⁾		-	600 €
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 %	400 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾		-	600 €

AIDES AUDITIVES			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ			
Équipement 100% santé ⁽²⁾⁽⁷⁾		60 %	100 % frais réels ***
AUTRE ÉQUIPEMENT			
Aides auditives de classe II «tarifs libres» ⁽⁷⁾⁽⁸⁾		60 %	300 %

PREVENTION ET AUTRES SOINS			
Médecines douces ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾		-	6 X 50 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾		-	75 €
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale / Sevrage tabagique ⁽¹⁰⁾		-	75 €
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾		-	30 €
Assistance		-	Oui
Prévention sur tous actes prévus à l'arrêté du 8 juin 2006		-	100 %

* dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) à partir du 1^{er} janvier 2020.

** Verres 100% frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente), monture limitée à 30 €, prestation d'adaptation et d'appairage 100% frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) à partir du 1^{er} janvier 2020.

*** dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) à partir du 1^{er} janvier 2021.

Les remboursements sont limités aux frais réellement engagés. Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.

(1) 60 jours par année civile sauf psychiatrie 30 jours par année civile.

(2) Soins et prothèses relevant du «100% Santé» au 1^{er} janvier 2020, définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(3) Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1^{er} janvier 2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(4) Plafonds s'appliquant pour le cumul des postes suivants :

- prothèses dentaires hors 100% santé,
- implants non remboursés,
- appareillages orthopédiques et autres prothèses.

- 2 000 € par an, les 24 premiers mois dans la garantie,
- 3 500 € à partir du 25^{ème} mois dans la garantie.

(5) Équipement 100% Santé «Classe A», pris en charge tel que défini par l'arrêté du 3 Décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente définis par la réglementation.

(6) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge par la Sécurité sociale,
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement par la Sécurité sociale.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'article L. 165-1-2 du code de la Sécurité sociale.

(7) Prothèses auditives : renouvellement tous les 4 ans de date à date (montant de remboursement total : 1 700 € Sécurité sociale + contrats complémentaires).

(8) Plafond applicable :

- 1 000 € par an, les 24 premiers mois pour les adultes.

(9) Les médecines douces agréées comprennent les spécialités suivantes :

- ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
- chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC,
- acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins,
- étioopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministre de la santé publique (RNE),
- diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
- pédicures-podologues titulaires d'un diplôme d'état de pédicure-podologue,
- psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie. Le forfait s'entend hors consultation au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou d'un organisme public dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

(10) Forfait par bénéficiaire et par année civile.

(11) Incluant également tout acte non remboursé par la Sécurité sociale codé END ou ADC.