

## Tableau de garanties Abeille Santé Labellisé

Des garanties santé pour les **fonctionnaires des collectivités locales**, ce contrat est « labellisé » au titre de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire de leurs agents (décrets n° 2011-1474 du 08/11/2011 et n° 2022-581 du 20/04/2022).

Les prestations sont servies dans la limite des dépenses engagées. Les pourcentages indiqués dans le tableau de garanties ci-dessous s'appliquent aux bases de remboursement du Régime obligatoire (RO) et incluent le remboursement de celui-ci.



VOS DÉPENSES DE SANTÉ	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<b>SOINS COURANTS ET PHARMACIE</b>					
Honoraires médicaux - DPTAM <sup>(1)</sup> (Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires médicaux - non DPTAM <sup>(1)</sup> (Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie)	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %
Médicaments remboursés par le Régime obligatoire à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par le Régime obligatoire à 30 % et à 15 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires paramédicaux (transport, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ...), sage-femme	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Consultations psychologues remboursées par le Régime obligatoire <sup>(2)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical (orthèses, béquilles, ...) hors Véhicules pour Personnes en situation de Handicap 100% Santé et hors Prothèses capillaires 100% Santé	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Location Courte durée de Véhicules pour Personnes en situation de Handicap 100% Santé <sup>(3)</sup>	Remboursement intégral				
Prothèses capillaires 100% Santé <sup>(4)</sup>	Remboursement intégral				
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>					
<b>En établissement conventionné</b>					
Honoraires - DPTAM <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires - non DPTAM <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %
Frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Forfait journalier hospitalier hors séjours en centre, service ou établissement psychiatrique	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Forfait journalier hospitalier pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique	15 €	15 €	15 €	15 €	15 €
Chambre particulière <sup>(5)</sup>	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
Forfait accompagnant limité à 10 jours / an	-	20 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
<b>En établissement non conventionné</b>					
Tous postes hors honoraires	-	100 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires - DPTAM <sup>(1)</sup>	-	100 %	125 %	150 %	200 %
Honoraires - non DPTAM <sup>(1)</sup>	-	100 %	105 %	130 %	180 %
<b>Autre hospitalisation</b>					
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
<b>Autres forfaits</b>					
Forfait Patient Urgence	19,61 €	19,61 €	19,61 €	19,61 €	19,61 €
Forfait Patient Urgence minoré	8,49 €	8,49 €	8,49 €	8,49 €	8,49 €
<b>OPTIQUE</b>					
<b>Forfait équipement optique<sup>(6)</sup> : remboursement d'un équipement optique (monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire ou tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans. Le délai débute à compter de la date du dernier achat.</b>					
<b>Equipements 100 % Santé<sup>(6)(9)</sup></b>					
Monture, verres simples ou complexes	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prestations d'appariage et suppléments	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Equipements hors 100 % Santé (Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €)</b>					
Monture, verres simples <sup>(7)</sup>	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €
Si vous n'utilisez pas votre forfait optique pendant deux années d'assurances consécutives, la troisième année d'assurance votre forfait sera porté à :	125 €	150 €	225 €	300 €	375 €
Monture, verres complexes <sup>(7)</sup>	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €
Si vous n'utilisez pas votre forfait optique pendant deux années d'assurances consécutives, la troisième année d'assurance votre forfait sera porté à :	225 €	250 €	275 €	300 €	375 €
Prestations d'appariage et suppléments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Autres forfaits (Forfaits annuels à compter de la date du dernier achat par bénéficiaire)</b>					
Lentilles remboursées ou non par le Régime obligatoire	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Si vous n'utilisez pas votre forfait optique pendant deux années d'assurances consécutives, la troisième année d'assurance votre forfait sera porté à :	75 €	150 €	225 €	300 €	375 €
Chirurgie laser des yeux	-	100 €	150 €	200 €	250 €

VOS DÉPENSES DE SANTÉ	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<b>DENTAIRE</b>					
<b>Actes remboursés par le Régime obligatoire</b>					
Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(8)(10)</sup>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins et prothèses hors 100 % Santé					
Prothèse dentaire (dont la base de remboursement est supérieure ou égale à 64,50 €)					
à la prise d'effet des garanties	125 %	145 %	175 %	230 %	270 %
au-delà de la troisième année d'assurance	145 %	175 %	230 %	270 %	310 %
Prothèses (réparations de prothèses, prothèses dentaires provisoires et autres prothèses dont la base de remboursement est inférieure à 64,50 €)	125 %	145 %	175 %	230 %	270 %
Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire	155 %	205 %	255 %	310 %	360 %
<b>Actes non remboursés par le Régime obligatoire</b>					
Parodontologie, implantologie et orthodontie (forfait par année d'assurance par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	200 €	250 €
Plafond de remboursement pour les 2 premières années par année d'assurance et par bénéficiaire <sup>(11)</sup> :	500 €	800 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
<i>(1 équipement par oreille par bénéficiaire tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat)</i>					
Equipements 100% Santé <sup>(8)(9)</sup>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipements hors 100% Santé <sup>(13)</sup>	100 %	100 % + 200 €	125 % + 250 €	150 % + 300 €	200 % + 400 €
Consultations de suivi et piles prises en charge par le RO <sup>(12)</sup>	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
<b>FORFAITS, PRÉVENTION ET INNOVATION</b>					
<b>Forfait par année d'assurance par bénéficiaire :</b>					
Médecine douce non remboursée par le Régime obligatoire : diététique, actes d'ostéopathie, d'étiopathie, de chiropractie, de pédicurie, de podologie, d'acupuncture, de naturopathie, de micro-kiné, de réflexologie et de sophrologie, consultation psychologue et bilan psychomoteur					
Médicaments non remboursés par le Régime obligatoire : vaccins, homéopathie, pilule contraceptive, sevrage tabagique	-	50 €	75 €	100 €	150 €
Prévention : dépistage cancer colon, dépistage papillomavirus, ostéodensitométrie non remboursée					
Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent le remboursement de votre Régime obligatoire (RO), si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime obligatoire.

<sup>(1)</sup> Les médecins signataires des DPTAM « Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée » (OPTAM / OPTAM-ACO) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

<sup>(2)</sup> Remboursement de 12 consultations maximum par année civile par bénéficiaire dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ».

<sup>(3)</sup> La liste des Véhicules 100% Santé pour Personnes en situation de Handicap (VPH) est définie réglementairement et concerne exclusivement la location de courte durée (LCD) jusqu'à 26 semaines. Les VPH 100% Santé sont remboursés intégralement (par le régime obligatoire et la complémentaire santé) dans la limite des Prix Limite de Vente fixés réglementairement.

<sup>(4)</sup> Les prothèses capillaires 100% Santé sont définies réglementairement et concernent exclusivement les équipements de classe II. Ces prothèses sont remboursées intégralement (par le régime obligatoire et la complémentaire santé) dans la limite du Prix Limite de Vente fixé réglementairement.

Le remboursement de l'équipement s'effectue une fois par an et par bénéficiaire. Il est renouvelable tous les ans à compter de la date du dernier achat.

<sup>(5)</sup> La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement dans la limite journalière fixée ci-dessus. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires, ...

<sup>(6)</sup> Le montant du forfait s'entend y compris le remboursement du Régime obligatoire.

<sup>(7)</sup> Le verre simple :

- sphérique- sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Le verre complexe : tous les verres dont la correction n'est pas celle du verre simple définie ci-dessus.

Si un équipement comporte un verre simple et un verre complexe, c'est le forfait verres complexes qui est versé.

<sup>(8)</sup> Tels que définis réglementairement dans le cadre du panier « 100 % Santé ».

<sup>(9)</sup> Remboursement dans la limite des prix limite de vente fixés réglementairement.

<sup>(10)</sup> Remboursement dans la limite des plafonds d'honoraires fixés réglementairement et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour certains actes définis réglementairement.

<sup>(11)</sup> Il prend en compte tous les remboursements dentaires de toute nature, y compris l'orthodontie, à l'exception des soins dentaires remboursés par le Régime obligatoire.

Lorsque le plafond est atteint :

- les dépenses dentaires 100% Santé continuent d'être intégralement remboursées<sup>(8)(9)</sup>,
- les dépenses dentaires hors 100% Santé et prises en charge par le Régime obligatoire sont remboursées à hauteur du ticket modérateur uniquement,
- si votre contrat prévoit le remboursement des actes non pris en charge par le Régime obligatoire, ils ne sont plus remboursés.

<sup>(12)</sup> RO : Régime obligatoire.

<sup>(13)</sup> Le remboursement, incluant celui du Régime obligatoire, ne sera jamais inférieur à 100 % de la base de remboursement et ne pourra jamais être supérieur au plafond fixé réglementairement

(1 700 euros par aide auditive en date du 01/01/2021).

Réf : 18657-0426. Document non contractuel à jour au 10/04/2026.

Voir le détail des garanties et exclusions prévues aux conditions générales en vigueur du contrat santé distribué par Abeille IARD & Santé. Documents disponibles auprès de votre agent général Abeille Assurances.