

*Mutuelle*  
**Responsable**  
2020  
*«Professionnel»*

Les différentes formules du contrat PLEYEL Santé 2020 sont dites solidaires et s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité Sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les garanties du contrat PLEYEL Santé 2020 interviennent sur chacune de vos dépenses de santé ayant fait préalablement l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale. Les dépenses de santé non remboursées par la Sécurité Sociale ne font l'objet d'une prise en charge que s'il en est fait expressément mention dans le tableau de garantie ci-dessous.

Les prestations décrites dans le tableau ci-dessous sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou sous la forme de montants forfaitaires en euros. Elles incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

## HOSPITALISATION CHIRURGICALE (1)

### Frais de séjour et forfaits hospitaliers

Frais de séjour en établissements conventionnés

Frais de séjour en établissements non conventionnés

Participation forfaitaire

Forfait hospitalier journalier (2) (non remboursé par la SS)

### Honoraires

Médecins signataires DPTM \*

Médecins non signataires DPTM \*

### Prestations non prise en charge par la Sécurité sociale

Chambre particulière (médecine, chirurgie, rééducation, convalescence, repos, psychiatrie)

Par nuitée, à l'exclusion des séjours en services spécifiques, et 50 % du forfait en cas d'hospitalisation de jour (3)

Lit d'accompagnant (non remboursé par la SS) Pour un enfant de moins de 16 ans, par nuitée.

Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance) (doublé en cas de naissance gémellaire)

	1	2	3	4	5	6
	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	-	30 €	40 €	80 €	90 €	110 €
	-	15 €	15 €	30 €	30 €	30 €
	-	150 €	250 €	380 €	470 €	470 €

## HONORAIRES MEDECINE COURANTE Soins courants auprès d'un professionnel de santé conventionné ou non

### Consultation, Visite, Consultation en ligne, Médecins généralistes ou spécialistes (y compris indemnité de déplacement)

Médecins signataires DPTM \*

Médecins non signataires DPTM \*

### Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux

### Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de laboratoire

### Actes d'imagerie médicale

Médecins signataires DPTM \*

Médecins non signataires DPTM \*

### Actes de spécialité

Médecins signataires DPTM \*

Médecins non signataires DPTM \*

### Médicaments

Médicaments remboursés à 65 %

Médicaments remboursés à 30 %

Médicaments remboursés à 15 %

Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire (Grippe A, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune)

Médicaments prescrits non remboursés par la SS par an

### Matériel médical

Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique - Petits appareillages

Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique - Gros appareillages

### Frais de transport sanitaire

Transport remboursé par la Sécurité sociale - hors SMUR (4)

### Cures thermales (hors thalassothérapie)

Honoraires, forfait de surveillance médicale et thermale

Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel

### Médecine additionnelle et de prévention

Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel de santé non remboursée par la Sécurité sociale

Plafond

Ostéopathe, Diététicien, Homéopathe, Acupuncteur, Etiopathe, Chiropracteur (par séance et par bénéficiaire)

Pédicure, podologue, par séance (limité à 2 séances par an par bénéficiaire)

	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
	20 € / An	30 € / An	40 € / An	60 € / An	70 € / An	80 € / An
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	350 % BR	400 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
	100 % BR	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par Bénéficiaire
	-	180 €	220 €	220 €	220 €	220 €
	-	30 €	40 €	52 €	62 €	62 €
	-	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €

RO : Régime obligatoire de Sécurité sociale

FR : Frais réels : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

TM Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise)

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale A titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €

## OPTIQUE

### Equipement 100 % santé \*\* (Classe A)

Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions Générales

### Equipement hors 100 % santé (Classe B)

Plafond monture

Equipement complet : 1 monture + 2 verres simples

Equipement complet : 1 monture + 2 verres complexes

Equipement complet : 1 monture + 2 verres très complexes

1 monture + 2 verres par période de 2 ans de date à date pour les adultes de plus de 16 ans (période ramenée à 1 an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale / 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La prise en charge de la monture est limitée 100 €.

### Lentilles

Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (5) Par an et par bénéficiaire

### Traitements chirurgicaux des troubles visuels

Par bénéficiaire et par oeil / Forfait tous les 5 ans (délai de carence : 12 mois d'adhésion)

## DENTAIRE (6)

### Soins et prothèses 100 % santé \*\*

A compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 sur les autres prothèses du panier bucco-dentaire Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions Générales

### Soins actes et consultations

Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, inlay/onlay Parodontologie remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (7)

### Prothèses hors 100 % santé

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale

Actes non remboursés par la SS (Implants, Parodontologie, Orthodontie, Prothèses dentaires) forfait par an par bénéficiaire Sur présentation d'un devis, de la facture acquittée et du décompte de Sécurité sociale)

## AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT (par oreille)

### Jusqu'au 31/12/2020

Prothèses auditives prises en charge par la SS

Accessoires et fournitures

### A compter du 01/01/2021 (renouvellement par appareil tous les 4 ans)

### Equipement 100 % santé \*\* (Classe I \*\*\*)

Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions Générales.

### Equipement autre que 100 % santé \*\* (Classe II \*\*\*)

Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale

Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans

Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité \*\*\*\*

Accessoires et fournitures

## VOS GARANTIES +

### Allocation obsèques

Allocation Obsèques en cas de décès du bénéficiaire

### Services inclus

Tiers-payant / Assistance / Réseaux de soin / Décompte en ligne et espace adhérent

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Sans reste à payer

100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
100 €	150 €	200 €	300 €	350 €	400 €
200 €	250 €	300 €	450 €	500 €	600 €
200 €	250 €	300 €	450 €	500 €	600 €

100 € 125 € 125 € 150 € 200 € 250 €

- - - 960 € 960 € 960 €

Sans reste à payer

100 % BR 200 % BR 250 % BR 350 % BR 450 % BR 500 % BR

125 % BR 200 % BR 250 % BR 350 % BR 450 % BR 500 % BR

- 150 € 300 € 770 € 1170 € 1500 €

100 % BR 150 % BR 200 % BR 300 % BR 350 % BR 400 % BR

100 % BR 150 % BR 200 % BR 300 % BR 350 % BR 400 % BR

Sans reste à payer

100 % BR 150 % BR 200 % BR 300 % BR 350 % BR 400 % BR

100 % BR 150 % BR 200 % BR 300 % BR 350 % BR 400 % BR

100 % BR 150 % BR 200 % BR 300 % BR 350 % BR 400 % BR

50 % PMSS 50 % PMSS 50 % PMSS 50 % PMSS 50 % PMSS 50 % PMSS

OUI OUI OUI OUI OUI OUI

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

\*\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

\*\*\*\* La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de nuit correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations remboursées ou non par le régime obligatoire. Pour les lentilles remboursées, remboursement du TM au delà du forfait

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement

RO : Régime obligatoire de Sécurité sociale

FR : Frais réels ; montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise)

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale A titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €

**REFORME 100 % SANTE (à compter du 01-01-2020)**
**Zéro reste à charge dans la limite du Panier 100 % santé**

Le 100 % SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et auditif défini par décret à partir du 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garantie que vous avez choisi.

GARANTIES INCLUSES DANS LE PANIER 100 % SANTE	REMBOURSEMENT SUR TOUTES LES FORMULES	COMPOSITION DU PANIER	MISE EN VIGUEUR
<b>OPTIQUE</b>			
Equipement optique (Verre et Monture)	Dans la limite de 100€ (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €</li> <li>- Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes «100 % santé» en deux coloris différents;</li> <li>- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;</li> <li>- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.</li> </ul>	A partir du 1er janvier 2020
Monture			
Verres	Entièrement remboursés		
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays	Entièrement remboursés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ;</li> <li>- Inlays core et couronnes transitoires ;</li> <li>- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zirco et métalliques toutes localisation ; prothèses amovibles à base résine</li> </ul>	Progressif à partir du 1er janvier 2020
Inlay-Core			
Prothèses dentaires			
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Prothèses auditives	Entièrement remboursés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ;</li> <li>- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;</li> <li>- 4 ans de garantie ;</li> <li>- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante supérieure ou égale à 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération</li> </ul>	A partir du 1er janvier 2021

(1) Le panier « 100 % santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100 €. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100 €)

**DEFINITION DE LA CORRECTION AU 1ER JANVIER 2020**
**Correction verres simples**

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

**Correction complexes**

- verre unifocal sphériques dont la sphère est hors zone entre - 6,00 et + 6,00
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et + 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

**Correction très complexes**

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à + 0,25 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries



## Informations Pratiques sur quelques-uns de vos avantages

### ✓ Tiers payant généralisé ALMERYYS :

Sur simple présentation de votre carte de tiers payant ALMERYYS, vous êtes dispensé de l'avance de frais auprès des pharmaciens et autres professionnels de santé, sous réserve d'acceptation du dossier par votre praticien.

Conseil : Vous devez restituer votre carte de tiers payant à CERGAP en cas de résiliation de votre contrat.

### ✓ En cas d'hospitalisation :

L'établissement hospitalier effectue lui-même la demande de prise en charge auprès de ALMERYYS. Réponse sous 72 heures !

Les frais pris en charge par votre contrat lui seront ainsi directement réglés, ce qui peut vous éviter des avances de frais importants.

### ✓ Devis dentaire :

Vous adressez à CERGAP une demande de prise en charge par courriel à [pleyel-sante@pleyel.info](mailto:pleyel-sante@pleyel.info), par télécopie ou par courrier : Vous recevez votre réponse sous 48 heures !

### ✓ Pris en charge Optique :

Votre opticien effectue lui-même la demande de prise en charge auprès de ALMERYYS.

Sous 48 heures vous avez votre réponse. Les frais de prise en charge lui seront directement réglés et vous n'aurez à régler que la somme restant éventuellement à votre charge.

### ✓ Pris en charge Audiologie :

Votre audiologiste effectue lui-même la demande de prise en charge auprès de ALMERYYS.

### ✓ Vos remboursements :

Le paiement de vos prestations est effectué sous 72 heures par virement sur votre compte bancaire ou postal, après réception de vos relevés de Sécurité sociale.

Pour les remboursements Optique, Dentaire ou Dépenses importantes ; Vous nous adressez simplement la facture originale et pour les lentilles la prescription médicale établie jusqu'à 24 mois !

### ✓ Votre espace client personnalisé :

Vous accédez par internet sur [www.cergap.fr](http://www.cergap.fr) à votre Espace Client Personnalisé qui vous permet de suivre en ligne l'évolution de votre contrat.

Dès l'enregistrement de votre adhésion vous recevrez par courriel vos identifiants et mots de passe confidentiels vous permettant de vous connecter.

### ✓ Vos modifications d'affiliation :

Pour actualiser vos informations, vous pouvez signaler à CERGAP tous changements de situation de famille, d'adresse, de coordonnées bancaires ainsi que de centre de Sécurité sociale en envoyant à CERGAP une simple copie de votre nouvelle attestation papier Vitale.

### Votre centre de Gestion

**CERGAP** 7 rue Jean Perrin - BP20007 LUISANT  
28633 GELLAINVILLE

e-mail : [pleyel-sante@pleyel.info](mailto:pleyel-sante@pleyel.info)

Tél. : 02 99 32 91 40 - Fax : 02 37 30 81 38

Du lundi au vendredi de 9H à 18H -

## Votre Conseil :