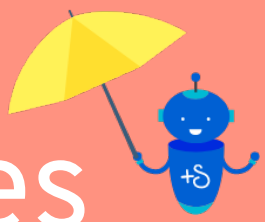
+Simple

Grille des garanties



+Simple.fr – www.plussimple.fr – tel 09.79.98.07.30 contact : contact@plussimple.fr – Service des réclamations : reclamations@plussimple.fr – SAS au capital de 1 359 032 €, dont le siège social est à Marseille (13001) 2 rue Grignan, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro 810 992 792 – Immatriculation ORIAS 15002981 – www.orias.fr en qualité de courtier en assurance, sous le contrôle de l'ACPR – Autorité de contrôle prudentiel et de régulation – 4 Place de Budapest, 75436 Paris.

SANTÉ ENTREPRISE	+ECO	+EQUI	+COMPLET
HOSPITALISATION [1]			
Forfait journalier hospitalier [2]			
Forfait journalier hospitalier [3]	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires [4]			
Honoraires médicaux et chirurgicaux (hors chirurgiens-dentistes)			
Facturés par des médecins conventionnés adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	100 % FR	100 % FR
Facturés par des médecins conventionnés non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Facturés par des médecins non conventionnés	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Facturés par des professionnels médicaux non médecins (sages-femmes)	100% BRSS	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires			
Honoraires paramédicaux	100% BRSS	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en sus des frais de séjour	100% BRSS	100 % FR	100 % FR
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour			
Frais de séjour en secteur conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% BRSS	100 % FR	100% FR
Frais de séjour en secteur non conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% BRSS	70% FR	90 % FR
Autres frais			
Hospitalisation à domicile	100% BRSS	250% BRSS	400% BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour) [6]	Néant	5% PMSS	5% PMSS
Chambre particulière en secteur non conventionné (par jour) [6]	Néant	5% PMSS	5% PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, par jour)	Néant	30	50
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation (hors chambre particulière)	100% BRSS	90 % FR	100 % FR
Transport médical hospitalier	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites médicales par médecins généralistes			
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	200% BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
Consultations et visites médicales par médecins spécialistes			
Réalisées par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	250% BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Consultations et visites médicales par professionnels médicaux non médecins			
Réalisées par des sages-femmes	100% BRSS	200% BRSS	100 % FR
Réalisées par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »		
Actes de spécialités (K), Actes techniques médicaux (ATM)			
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »		
Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE)			
Réalisés par des médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Réalisés par des médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »		
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux conventionnés, remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité Sociale (y compris actes de prélèvements)	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Médicaments			
Médicaments, vaccins, homéopathie, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100 % FR
Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants, contraceptifs non remboursés par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	Néant	75 €	150 €
Forfait substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité Sociale	Néant	80 €	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	80 €	150 €
Matériel médical			
Prothèse orthopédique, capillaire, petit et grand appareillage, autre dispositif médical remboursés par la Sécurité Sociale non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties [7]	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Autres soins courants			
Frais de transport non hospitalier	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR	100% FR	100% FR

OPTIQUE [8]			
Equipement 100% santé [9]			
Monture de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés		
Verre de Classe A (Adulte et Enfant)	Frais intégralement remboursés		
Equipement optique de Classe B			
Monture de Classe B (Adulte et Enfant)	50 €	100 €	100 €
Verre de Classe B (Adulte et Enfant)	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique
Lentilles de contact			
Lentilles de contact, y compris jetables, remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	100% BRSS	10% PMSS	12% PMSS
Lentilles de contact, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	10% PMSS	12% PMSS
Autres frais			
Chirurgie réfractive (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	12% PMSS par œil dans la limite de 24% PMSS	25% PMSS par œil dans la limite de 50% PMSS
DENTAIRE [10]			
Soins [11]			
Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire et parodontologie prises en charge par la Sécurité Sociale, actes techniques médicaux)	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Inlay-Onlay du panier « Tarifs maîtrisés »	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Inlay-Onlay du panier « Tarifs libres »	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Soins et Prothèses panier 100% Santé [9]			
Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés		
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés		
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés		
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	Jusqu'au 31/12/2020 : 125% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 300% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500% BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés		
Acte de réparation ou supplément de prothèse	Jusqu'au 31/12/2020 : 125% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 300% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500% BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés		

DENTAIRE [10]	+ECO	+EQUI	+COMPLET
Prothèses [12]			
Panier aux « Tarifs maîtrisés »			
Prothèse dentaire fixe	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Couronne dentaire transitoire	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Inlay-Core	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Prothèse dentaire amovible	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Panier aux « Tarifs libres »			
Prothèse dentaire fixe	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Couronne dentaire transitoire	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Inlay-Core	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Prothèse dentaire amovible	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125% BRSS	250% BRSS	450% BRSS
Implantologie	125% BRSS	300% BRSS	500% BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale			
Orthodontie	125% BRSS	250% BRSS	400% BRSS
Soins, équipements non remboursés par la Sécu.Soc.			
Prothèse dentaire et Inlay-core (par acte)	Néant	11% PMSS	25% PMSS
Parodontologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	6% PMSS	10% PMSS
Implantologie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	12% PMSS	30% PMSS
Orthodontie (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	10% PMSS	24% PMSS
AIDES AUDITIVES [13]			
Equipement 100% santé [9]			
Aide auditive de Classe I (Adulte et Enfant)	Jusqu'au 31/12/2020 : 100% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500% BRSS
	A partir du 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés		
Aide auditive de Classe II			
Aide auditive de Classe II (Adulte et Enfant)	Jusqu'au 31/12/2020 : 100% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 250% BRSS	Jusqu'au 31/12/2020 : 500% BRSS
	A partir du 01/01/2021 : 100% BRSS dans la limite de 1700€	A partir du 01/01/2021 : 250% BRSS dans la limite de 1700€	A partir du 01/01/2021 : 500% BRSS dans la limite de 1700€
Allocation relative aux piles	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »		
Accessoires	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »		
MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES			
Séance d'Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Microkinésithérapie, Etiopathie, Phytothérapie, Mésothérapie, Sophrologie non remboursée par la Sécurité Sociale. Consultation de Diététicien, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Ergothérapeute, Homéopathe, Naturopathe non remboursée par la Sécurité Sociale. (Limite par an et par bénéficiaire)	Néant	6% PMSS	10% PMSS
AUTRES PRESTATIONS			
Cures thermales remboursées par la Sécu. Soc.			
Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire)	Néant	12,5% PMSS	20% PMSS
Allocation			
Allocation naissance - adoption (doublée en cas de naissance gemellaire)	Néant	15% PMSS	25% PMSS
SERVICES			
Tiers payant étendu			
Téléconsultation médicale			
Protection juridique médicale			
Assistance			
SPECIAL ENFANTS			
Pédiatres adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [4]	100% BRSS	250% BRSS	100% FR
Pédiatres non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée [5]	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Orthophonistes, Orthoptistes	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Consultation diagnostic en diététique (limite par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	Néant	75 €	150 €

Nouvelle Grille Optique	+ECO	+EQUI	+COMPLET
MYOPIE OU HYPERMETROPIE (VERRE SIMPLE FOYER SPHERIQUE)	En euros par verre	En euros par verre	En euros par verre
Sphère de -6,00 à +6,00	25 €	80 €	125 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	75 €	220 €	250 €
ASTIMAGTISME (VERRE SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUE)			
Sphère < 0 (cas de myopie)			
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	25 €	95 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00	75 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0			
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00			
Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)			
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00 *	25 €	95 €	155 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00 *	75 €	300 €	300 €
PRESBYTIE (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES)			
Sphère de -4,00 à +4,00	75 €	110 €	185 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	75 €	310 €	350 €
PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES) Quelle que soit la puissance du cylindre			
Sphère < 0 (cas de myopie)			
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0	75 €	125 €	220 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère inférieure à -8,00	75 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à +0	75 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	75 €	350 €	350 €
Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)			
Somme sphère+cylindre inférieure ou égale à +8,00 *	75 €	125 €	220 €
Somme sphère+cylindre supérieure à +8,00 *	75 €	350 €	350 €

* La correction optique correspond à la correction optique maximale en valeur absolue, à savoir :

- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphériques
- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphéro-cylindriques de sphère négative (correcteur de myopie)
- la somme S = sphère + cylindre pour les verres sphéro-cylindriques de sphère positive (correcteur d'hypermétropie)

Niveau 1 =]0;2[, Niveau 2 = [2;4[, Niveau 3 = [4;6[, Niveau 4 = [6;8[, Niveau 5 = [8;12[, Niveau 6 = ≥12

SANTE ENTREPRISE :
Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.
Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.
Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et intègrent le remboursement du régime obligatoire. Elles sont accordées dans la limite des frais réels. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale.
Les montants exprimés en euros représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

Toutes les prestations exprimées « par an » s'entendent par année d'adhésion.
Les prestations exprimées en %FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement éventuel du Régime Obligatoire.

La participation de l'Assuré (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (y compris pour les frais de cure thermale lorsqu'ils sont pris en charge dans le tableau de remboursement ci-dessus)."
- BRSS = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale
- FR = Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagé par l'assuré
- PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) "Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par la Compagnie. Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité Sociale sont compris dans la garantie.
En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux Frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels."

(2) Lorsque vous relevez du régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par votre régime obligatoire. Pour les maisons de repos et de convalescence, prise en charge du forfait journalier.

(3) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(4) "Médecins adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2. Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique."

(5) Médecins non adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

(6) En cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) : prise en charge de la chambre particulière et des frais de séjours.

(7) Appareil assistance respiratoire, appareil générateur d'aérosol, appareillage ventilation pression positive continue, dispositif médical, implant inerte, implant mu par électricité, matériel et appareil de contention, matériel et appareil de traitement DIV, prothèses extérieures non orthopédiques, prothèses internes et accessoires, prothèses oculaires, véhicule pour handicapés physiques, ...

(8) "Le remboursement des frais d'optique est limité à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par bénéficiaire et par période de 2 ans.
Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Dans cette dernière hypothèse, une ordonnance sera exigée."

(9) "Tels que définis réglementairement.
Le montant des remboursements des soins et équipements 100 % Santé s'applique dans la limite du prix limite de vente sur l'optique et les aides auditives et dans la limite des honoraires limites de facturation pour le dentaire, en vigueur à la date des soins."

(10)"Les prothèses afférents au Panier aux «Tarifs maitrisés» et aux « Tarifs libres », l'orthodontie ainsi que les soins non remboursés par la Sécurité Sociale sont limités à 11 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale par année civil.
Cumul ne comprenant pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du 100% Santé. Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des soins et des équipements prothétiques des paniers aux « Tarifs maîtrisés » et aux « Tarifs libres » (hors 100% Santé) remboursés par la Sécurité Sociale est de 125 % BRSS.
En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles. Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie."

(11) Si soins réalisés par un stomatologue, voir garanties « Actes de spécialités » dans les Soins Courants.

(12) "Equipement remboursés par la Sécurité Sociale, n'appartenant pas à la catégorie 100% Santé.
Le montant des remboursements du panier« Tarifs maîtrisés » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins."

(13) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de 4 ans.