



BASILIC

GRILLE DE GARANTIES 2025

GARANTIES SANTÉ SUITE (1/2)

HOSPITALISATION (y compris maternité) ⁽¹⁾

Secteur conventionné	
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens adhérents à l'OPTAM	120% BRSS
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM	100% BRSS
Frais de séjour, de salle d'opération	125% BRSS
Secteur non conventionné	
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM	100% BRSS
Frais de séjour, de salle d'opération	125% BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné	50€ / jour
Maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation dans la limite de 30 jours / an et par personne (hors chambre particulière)	100% BRSS
Forfait hospitalier	100% FR
Transport du malade	100% BRSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) dans la limite de 30 jours / an	25€ / JOUR
Hospitalisation à domicile limitée à 90 jours	100% BRSS
Frais de séjour en établissement psychiatrique ou assimilé limités à 30 jours /an	100% BRSS

SOINS COURANTS

Consultations, visites généralistes, spécialistes conventionnés adhérents à l'OPTAM	120% BRSS
Consultations, visites généralistes, spécialistes conventionnés non adhérents à l'OPTAM	100% BRSS
Auxiliaires médicaux conventionnés, analyses	120% BRSS
Orthopédie, appareillage dont piles et accessoires pour l'aide auditive	120% BRSS
Radiologie réalisée par des praticiens adhérents à l'OPTAM	120% BRSS
Radiologie réalisée par des praticiens non adhérents à l'OPTAM	100% BRSS
Actes techniques médicaux – Médecin adhérent OPTAM	125% BRSS
Actes techniques médicaux – Médecin non adhérent OPTAM	105% BRSS

PHARMACIE

Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS
--	-----------

OPTIQUE ⁽²⁾

Panier 1 Classe A	Equipement Eligible 100% santé	Monture / Verre (dans la limite du PLV)	100% FR
Panier 2 Classe B	Equipement Non Eligible 100% santé	Monture	95 €
		Par Verre de Type A	117 €
	Par verre de Type B ou C	196 €	
	Prestations adaptation correction visuelle		100% BRSS
Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)			196 €
Chirurgie réfractive (par œil)			392 €

AIDES AUDITIVES (3)

Classe I	Equipements éligibles au 100% santé tel que définis règlementairement dans la limite du PLV.	100% FR
Classe II	Equipements non éligibles au 100% santé tel que définis règlementairement et dans la limite de 1700€ par aide auditive	125% BRSS

FORFAITS

Allocation naissance - adoption l'/(les)enfant(s) doit(vent) être assuré(s) dans les 3 mois suivant l'évènement pour prétendre à ce forfait	117 €
---	-------

SERVICES & FORFAITS

Tiers payant étendu	OUI
Frais d'Obsèques	1500€
Services associés à la plateforme santé. Assistance	OUI
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	196 €

GARANTIES PROTECTION +

Médicaments non pris en charge par le RO (y compris contraceptifs médicamenteux) par an et par personne	--
Vaccins non pris en charge par le RO (grippe, fièvre jaune, hépatite A ou B)	--
Examen de diagnostic prostate	--
Examen de densitométrie osseuse non pris en charge par le RO	--
Médecines naturelles (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, réflexologie, acupuncture, kinésithérapie non prises en charge par le RO) limité par an et par bénéficiaire	--

GARANTIES SANTÉ SUITE (2/2)

BASILIC

DENTAIRE

Panier 1	Soins et Prothèses dentaires 100% santé limité aux HLF	100% FR
Panier 2 et 3	Prothèse dentaire fixe	200% BRSS
	Inlay-Core	200% BRSS
	Inlay-Onlay pris en charge par le RO. Par acte et par assuré	75€
Soins dentaires y compris chirurgie dentaire		125% BRSS
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale		150% BRSS
Implantologie prise en charge par la sécurité sociale		200% BRSS
Parodontologie prise en charge ou non par le RO (<i>par an et par bénéficiaire</i>)		75€
Prothèses dentaires, implantologie non remboursée par le RO (<i>par an et par bénéficiaire</i>)		50€

Actes de prévention (en application de l'article R 871-2 II du code de la Sécurité Sociale)

Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du Ticket Modérateur.

GARANTIES OPTIONNELLES

BASILIC

PACK VITALITE

Consultation psychologue et Consultation diététique (sur facture par an et par personne)		60 €
Pédicure, podologue non pris en charge par le RO 2 Séances / an et par assuré		60 €
Parodontologie non prise en charge par le RO par an et par assuré		75€
Lit accompagnement adulte (16 ans et +) limité à 30 jours par an et par assuré		50 € / jour

COMPLEMENTAIRE SANTE : Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale à l'exception des garanties exprimées en forfait euros et en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale. Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge. Les prestations exprimées par an s'entendent par année civile.

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. **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

FR : Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagée par l'assuré.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. **PASS** : Plafond annuel sécurité sociale.

PLV : Prix Limite de Vente. **HLF** : Honoraire limite de facturation

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) Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture tous les 2 ans suivant la date de facturation du dernier équipement par bénéficiaire pour les adultes et les mineurs de 16 ans et plus. Cette durée est portée à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature.

De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières (glaucome DMLA)

(3) conformément à la réglementation en vigueur, le renouvellement de l'équipement sera possible à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente et de la nouvelle.

En vigueur le 01 01 2025



Si vous imprimez ce document pensez à le trier !