

Perenna Santé TNS

Une solution pour prendre
soin de votre santé

PERENNA SANTÉ TNS

Une protection optimale

Pourquoi choisir une bonne complémentaire santé ?

Parce que la Santé de votre entreprise est importante, la vôtre l'est encore plus.

En France, vous êtes 2,8 millions de personnes à exercer une activité non salariée.

Commerçants, artisans, professionnels libéraux ou encore gérants non-salariés, vous bénéficiez du régime obligatoire des Travailleurs Non-Salariés.

En tant que Travailleur Non-Salarié, c'est à vous de choisir votre complémentaire santé en fonction de vos besoins.

Elle est nécessaire pour aider à couvrir les dépenses de frais de soins de santé restant à votre charge après le remboursement de votre régime obligatoire. C'est pourquoi, nous avons conçu pour vous SANTÉ TNS.

PERENNA SANTÉ TNS :

Une offre adaptée à vos besoins

Avec PERENNA SANTÉ TNS, vous disposez d'une offre modulaire à 6 niveaux de couverture pour choisir votre formule en fonction de vos besoins et ceux de votre famille.

Cette nouvelle offre se compose de deux contrats :

- un contrat socle éligible à la fiscalité Madelin et respectant le cadre des contrats responsables.
- un contrat surcomplémentaire non-éligible à la fiscalité Madelin permettant d'accéder à des niveaux de garanties supérieurs.

Vous bénéficiez ainsi d'une fiscalité optimisée sur votre couverture santé.

Par ailleurs, vos cotisations sont calculées au plus juste en fonction de votre situation personnelle et de votre situation familiale.

Une offre compatible 100% santé

Le contrat PERENNA SANTE TNS intègre les évolutions de la réforme 100% Santé applicable au 1^{er} janvier 2020.

La réforme 100% Santé ou « Reste-à-Charge Zéro » permet à tous les Français d'accéder à des soins entièrement remboursés en optique, dentaire et audio. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2020 vous pouvez bénéficier d'un remboursement intégral* par la Sécurité sociale et votre mutuelle sur vos dépenses engagées pour une sélection de lunettes et de prothèses dentaires. A partir de janvier 2021 le remboursement intégral sera étendu à une sélection d'aides auditives.

* sous certaines conditions prévues par la loi.

Avec PERENNA SANTÉ TNS,

bénéficiez d'une protection personnalisée en maîtrisant le budget santé de votre famille

FACILE

PERENNA SANTÉ TNS vous permet de compléter le remboursement de votre régime obligatoire et d'optimiser votre protection.



HOSPITALISATION



SOINS COURANTS



DENTAIRE



OPTIQUE



PHARMACIE



AUTRES

PRATIQUE

Dès le premier niveau de garantie, profitez d'une prise en charge des frais dentaires ou optiques et des actes de prévention.

PERENNA SANTÉ TNS vous permet de diminuer votre reste à charge et de maîtriser votre budget santé.

Exemples de remboursement :

Pour une paire de lunettes adulte avec 2 verres complexes, d'un montant de 550 € (monture à 100 €, deux verres complexes à 450 €), le remboursement du régime obligatoire est de 4,12 €, soit un reste à charge de 545,88 €.

Avec PERENNA SANTÉ TNS, en prenant une **garantie niveau 3 en optique**, vous n'aurez rien à déboursier. **Votre reste à charge sera de 0 €.**

Pour une chambre particulière en cas d'hospitalisation pendant 5 jours pour un montant journalier de 80 €, soit 400 €, le remboursement du régime obligatoire est de 0 €, soit un reste à charge de 400 €.

Avec PERENNA SANTÉ TNS, en prenant une **garantie niveau 4 en hospitalisation**, votre reste à charge sera de 0 €.

OPTIMALE

Bénéficiez du cadre fiscal Madelin pour le contrat socle

Exemples de déductions fiscale

Pour un revenu déclaré de 25 000 € en 2020, le plafond de déduction fiscale pour les contrats de prévoyance et de santé éligibles à la fiscalité Madelin sera de : **3 817,02€ pour 2020** (3,75 % de 25 000 + 7 % du PASS)

Pour un revenu de 65 000 €, le plafond fiscal prévoyance et santé sera de : **5 317,02€ pour 2020** (3,75 % de 65 000 + 7 % du PASS)

À noter : le calcul du plafond fiscal Madelin pour l'année N, se fait par rapport au revenu de l'année N (et non pas N-1). Ce plafond de déduction fiscale prévoyance-santé est indépendant du disponible fiscal retraite.

PASS : Plafond Annuel de Sécurité sociale.

Zoom sur...

Le plafond de déduction fiscale des cotisations des contrats de prévoyance et de frais de soins de santé Madelin, prévu par la loi est de 3,75 % du revenu professionnel augmenté de 7 % du PASS, le tout limité à 3 % de 8 PASS.

UNE ASSISTANCE ET DES SERVICES pour mieux organiser vie privée et vie professionnelle

L'assistance santé, l'assistance protection juridique

Un point d'entrée unique permettant l'accès à un accompagnement sur des questions de santé, de vie pratique et juridique, et, des prises en charge adaptées pour accompagner les événements de vie, en France et à l'étranger.

Le réseau des opticiens partenaires

Des tarifs conventionnés et le libre choix de l'opticien pour un reste à charge maîtrisé.

L'analyse de devis

La compréhension des soins ainsi que la relation assuré et professionnel sont facilitées.

Le tiers payant

Avec PERENNA SANTÉ TNS, vous bénéficiez, ainsi que votre conjoint et vos enfants à charge, du tiers payant généralisé et de prestations complétant celles des assurances sociales dans la limite des frais réels engagés et à concurrence des plafonds de remboursements définis.

La plateforme digitale de services Lyfe*

Des services utiles et accessibles au quotidien dans les domaines de la santé, du bien-être ou du bien vieillir :

Pour utiliser la plateforme Lyfe, rendez-vous sur <https://perenna.lyfe.fr>
Inscrivez-vous en cliquant sur « s'inscrire » sur la page d'accueil et remplissez quelques informations personnelles.

* Le code d'affiliation pour bénéficier des services de la plateforme Lyfe est indiqué dans le guide des services qui vous sera remis après votre adhésion à PERENNA SANTÉ TNS



La gestion de votre contrat EN TOUTE SIMPLICITÉ

CNP Assurances a confié la gestion de votre contrat Santé à un spécialiste de la protection sociale des travailleurs indépendants, ALPTIS, reconnu sur le marché pour son professionnalisme dans la gestion des contrats santé et son sens de la satisfaction client.

Notre priorité, vous apporter de la sérénité dans la gestion courante de votre couverture santé :

Rapidité de mise en place : vous recevez sous 15 jours maximum votre carte de tiers payant pour éviter que vous avanciez vos frais de santé (sous réserve de la réception de votre dossier complet).

Efficacité dans la prise en charge des frais de soins : remboursements sous 48H après le remboursement de votre régime obligatoire si vous optez pour la télétransmission, demande de prise en charge hospitalière immédiate avec la carte de tiers payant (ou par demande en ligne via votre espace adhérent dédié) pour ne rien déboursier...

Information sur vos garanties et suivi de vos remboursements en temps réel : un espace adhérent sécurisé vous permet de consulter en ligne le niveau de votre couverture santé avant chaque dépense, de suivre le détail de vos remboursements et d'effectuer des demandes de prise en charge.

Accompagnement dans vos démarches fiscales pour faire valoir la déductibilité de vos cotisations : votre attestation Madelin vous est adressée au titre des garanties éligibles chaque début d'année avant fin février pour vous permettre d'effectuer votre déclaration de revenus. Vous retrouverez également ce document à tout moment sur votre espace adhérent dédié.

PENSEZ-Y !

Les conjoints collaborateurs participant à l'activité de l'entreprise peuvent aussi adhérer à PERENNA SANTÉ TNS.





Découvrez les GARANTIES SANTÉ

Garanties PERENNA SANTÉ TNS applicables au 1^{er} janvier 2020

Les prestations sont exprimées soit en fonction de la Base de Remboursement (BR) de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), soit en euros.

BR : assiette servant de base de calcul aux prestations en nature du régime d'Assurance maladie.

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale incluent la prise en charge du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et tout autre contrat d'assurance.

Les garanties exprimées en euros interviennent en complément de l'éventuelle prise en charge du régime obligatoire.

Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article L. 121-4 du code des assurances, le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), un organisme d'assurance de toute nature, ou éventuellement un tiers responsable.

Lorsque les remboursements sont exprimés « par année anniversaire », ils s'apprécient par périodes de douze (12) mois successifs à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou de l'affiliation.

HOSPITALISATION & MATERNITÉ

ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6

Honoraires

Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins ayant adhéré aux DPTAM	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	+150 % BR	+250 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) non conventionnés	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	+100 % BR	+200 % BR

Autres garanties

Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée sauf unité de soins de longue durée, établissements médico-sociaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées)	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	—	—
Frais de séjours conventionnés ou non conventionnés	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+200 % BR	+400 % BR
Chambre particulière (par jour) (y compris maternité, hospitalisation de jour)	—	45 €	60 €	90 €	+30 €	+60 €
Frais de la personne accompagnant (enfant de moins de 16 ans et personne de plus de 60 ans) (limités à 50 jrs/an)	—	25 €	30 €	45 €	+15 €	+30 €
Participation forfaitaire de 24 € pour les actes techniques médicaux lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6

Honoraires médicaux

Consultations / visites généralistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins ayant adhéré aux DPTAM	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+ 50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites généralistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	+ 50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites spécialistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins ayant adhéré aux DPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+ 50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites spécialistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+ 50 % BR	+150 % BR
Radiologie pratiquée par les médecins ayant adhéré aux DPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+ 50 % BR	+150 % BR
Radiologie pratiquée par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+ 50 % BR	+150 % BR

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
----------------------	----------	----------	----------	----------	---	---

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de laboratoire prescrits pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
---	----------	----------	----------	----------	---	---

Médicaments

Pharmacie remboursée à 65 % et 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
Pharmacie remboursée à 15 %	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
Pharmacie prescrite non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (ex : médicaments du voyage, traitements antipaludéens) (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	40 €	60 €	80 €	+ 20 €	+ 40 €

Matériel médical

Prothèses médicales et appareillage	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	+150 % BR	+300 % BR
-------------------------------------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------

* Pour les médecins non adhérents aux DPTAM, la garantie est plafonnée au Ticket Modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale (DPTAM) : ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6

Soins et prothèses dentaires éligibles au Panier « 100 % santé » à prise en charge renforcée tels que définis réglementairement*

Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{re} prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toutes localisations

100 % FR

Inlays core et couronnes transitoires

Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine

Soins non éligibles au panier 100 % santé

Soins non éligibles au panier 100 % santé
(à tarif maîtrisé** ou tarif libre***)

100 % BR 150 % BR 200 % BR 250 % BR + 50 % BR + 150 % BR

Inlays – Onlays non éligibles au panier 100 % santé
(à tarif maîtrisé** ou tarif libre***)

125 % BR 200 % BR 300 % BR 400 % BR +100 % BR +200 % BR

Prothèses dentaires non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »** ou « tarif libre »***)

Prothèses dentaires prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

125 % BR 200 % BR 300 % BR 400 % BR +100 % BR +200 % BR

Prothèses dentaires non prises en charge
(limité à 3 par année anniversaire et par bénéficiaire)

— 100 € 200 € 300 € + 150 € + 250 €

Autres garanties

Orthodontie remboursée

125 % BR 150 % BR 200 % BR 300 % BR +100 % BR +200 % BR

Orthodontie non remboursée (par semestre)

— 50 € 100 € 200 € + 150 € + 250 €

Implants dentaires (par dent)
(limité à 3 par année anniversaire et par bénéficiaire)

— 300 € 400 € 500 € + 200 € + 400 €

Parodontie, vernis, blanchiment, curetage
(par année anniversaire et par bénéficiaire)

— 150 € 200 € 250 € + 100 € + 200 €

Plafond : limité aux prestations non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (par année anniversaire)

— 1 000 € 1 500 € 2 000 € + 1 000 € + 1 700 €

* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix limite de vente : PLV) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant Remboursé par la Sécurité sociale.

** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix limite de vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

*** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6

Équipement optique : Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) par période de :

- deux ans pour les Assurés de 16 ans et + ; cette limitation est réduite à un an en cas d'évolution de la vue (soit présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique soit en cas d'adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors du renouvellement de délivrance) ;
- un an pour les Assurés de - 16 ans ; cette limitation est supprimée en cas d'évolution de la vue (présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement est possible à l'issue d'une période de 6 mois uniquement en cas de monture inadaptée à la morphologie de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique).

Équipements éligibles au panier 100 % santé

« Classe A » tel que définis réglementairement.*

Le coût de l'équipement ne doit pas excéder le plafond fixé par la réforme 100 % santé y compris monture à 30 €.

Le panachage verres 100 % santé « Classe A » et monture « Classe B/tarif libre » est possible.

100 % FR

Équipements non éligibles au Panier « 100 % santé » dits de « Classe B » Typologie de verre dits de « Classe B/tarif libre »

Adultes

Équipement 2 verres simples ⁽¹⁾	100 €	250 €	375 €	420 €	+130 €	+280 €
Équipement 2 verres complexes ⁽²⁾	200 €	400 €	575 €	700 €	+150 €	+350 €
Équipement 2 verres très complexes ⁽³⁾	200 €	450 €	625 €	800 €	+150 €	+350 €
Équipement composé de verres différents	Le plafond est obtenu en divisant par deux la somme des plafonds des équipements correspondant à chacun des deux verres					

Dont 100 € au maximum pour la monture par bénéficiaire

Enfants

Équipement 2 verres simples ⁽¹⁾	100 €	230 €	300 €	375 €	+75 €	+150 €
Équipement 2 verres complexes ⁽²⁾	200 €	330 €	450 €	625 €	+75 €	+150 €
Équipement 2 verres très complexes ⁽³⁾	200 €	380 €	500 €	725 €	+75 €	+150 €
Équipement composé de verres différents	Le plafond est obtenu en divisant par deux la somme des plafonds des équipements correspondant à chacun des deux verres					

Dont 100 € au maximum pour la monture de classe B/tarif libre par bénéficiaire

Autres garanties

Lentilles, y compris jetables prises en charge ou non (par année anniversaire et par bénéficiaire)	100 €	120 €	150 €	190 €	+60 €	+110 €
Chirurgie de la myopie, par œil (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	100 €	300 €	500 €	+200 €	+400 €

* Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au 2e alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

(1) Verre simple : Verres unifocaux -6<=Sphère<=+6, Verres unifocaux -6<=Sphère<=0 et C<=+4, Verres unifocaux (Somme de la sphère positive + C) <=6

(2) Verre complexe : Verres unifocaux sphère hors zone -6 à +6, Verres unifocaux -6<=Sphère<=0 et C>+4, Verres unifocaux sphère<-6 et C>=0,25, Verres unifocaux (Somme de la sphère positive + C)>6, Verres multifocaux ou progressifs -4<=Sphère<=+4, Verres multifocaux ou progressifs 8<=Sphère<=0 et C<=+4, Verres multifocaux ou progressifs (Somme de la sphère positive + C)<=8

(3) Verre très complexe : Verres multifocaux ou progressifs sphère hors zone -4 à +4, Verres multifocaux ou progressifs -8<=Sphère<=0 et C>+4, Verres multifocaux ou progressifs sphère<-8 et C>=0,25, Verres multifocaux ou progressifs (Somme de la sphère positive + C)>8



AUTRES GARANTIES

ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6

Aides auditives (dans la limite d'un équipement toutes les 4 années glissantes à partir de la délivrance de l'appareil)

Équipements éligibles au panier 100 % santé de « Classe 1 »
tel que définis réglementairement* (à compter du 1^{er} janvier 2021)

100 % FR

Équipements non éligibles au panier 100 % santé de
« Classe 2 »

Prothèses auditives, piles et entretien Dans la limite de 1 700 €/oreille (remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire inclus).
Au-delà du plafond, prise en charge du Ticket Modérateur pour les piles et consommables.

100 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 500 €	+ 250 €	+ 500 €
----------	---------------------	---------------------	---------------------	---------	---------

Autres garanties

Cure thermique – Soins, transport et hébergement
(remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire)

—	150 €	300 €	450 €	+ 175 €	+ 330 €
---	-------	-------	-------	---------	---------

Frais exposés à l'occasion de la naissance d'un enfant
ou de l'adoption d'un mineur (par enfant)

—	150 €	300 €	450 €	+ 175 €	+ 330 €
---	-------	-------	-------	---------	---------

Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur,
étiopathe, psychologue, podologue (limité à 3 séances par année
anniversaire et par bénéficiaire)

—	15 €/séance	30 €/séance	70 €/séance	+ 1 séance à 70 €	+ 3 séances à 20 € et 1 séance à 90 €
---	-------------	-------------	-------------	----------------------	--

Vaccins non remboursés, sevrage tabagique, bilan nutritionnel,
consultation diététicien, examen de mesure de la densité osseuse,
amniocentèse (par année anniversaire et par bénéficiaire)

—	60 €	75 €	90 €	+ 40 €	+ 60 €
---	------	------	------	--------	--------

Pilules contraceptives non prises en charge par l'Assurance
Maladie Obligatoire (AMO) (par année anniversaire et par bénéficiaire)

—	20 €	20 €	30 €	+ 10 €	+ 20 €
---	------	------	------	--------	--------

Transport

100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
----------	----------	----------	----------	-----------	------------

Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés
(par année anniversaire et par bénéficiaire)

—	20 €	40 €	60 €	+ 20 €	+ 40 €
---	------	------	------	--------	--------

* Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS À VOTRE ÉCOUTE

Amétis, réseau commercial de CNP Assurances, accompagne les particuliers et les professionnels en zones urbaines et rurales pour sécuriser les risques liés à la personne auxquels ils ont ou auront à faire face tout au long de leur vie.

Grâce à une proximité humaine et digitale, Amétis propose à chaque client un interlocuteur capable de répondre à ses préoccupations en termes de protection : Santé, Prévoyance, Epargne, Retraite et Dépendance.



**1^{ER} RÉSEAU
DE CONSEILLERS LABELLISÉ**

**POUR TOUTE DEMANDE,
CONTACTEZ-NOUS**

.....

Nos spécialistes sont à votre écoute au :

01 41 98 55 59 (prix d'un appel local)

du lundi au vendredi : 8h-18h et le samedi : 8h-13h

**Assurons
un monde
plus ouvert**

