

• Tableau de vos garanties - formule CONFORT



Les garanties exprimées en pourcentage sont calculées par rapport à la base de remboursement du régime obligatoire et incluent la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire. Les garanties exprimées en euros viennent en complément de l'éventuelle prise en charge de l'assurance obligatoire sauf indication spécifique. Les garanties du tableau ci-dessous sont explicitées dans la Notice d'information AGI 0327 Ed 09/2019.

HOSPITALISATION	
Honoraires	
Participation hospitalière actes lourds	Frais réels
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Soins et honoraires en secteur conventionné et non conventionné	
- Praticiens ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM)	275%
- Praticiens n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	200%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Frais de séjour	
Frais de séjour en établissement conventionné, hors soins de suite et de réadaptation (SSR)	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné, hors soins de suite et de réadaptation (SSR)	165%
Frais de séjour en cas d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR)	100%
Chambre particulière	
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité d'au moins 24 heures	75 €/jour
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité en ambulatoire (prise en charge si acte technique médical, de chirurgie et d'anesthésie)	40 €/jour
Hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR), dans la limite de 20 jours par année civile et par bénéficiaire	40 €/jour
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans et enfant handicapé de moins de 26 ans) en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité d'au moins 24 heures, dans la limite de 15 jours par année civile	25 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD), hors honoraires médicaux, remboursement sur base régime obligatoire	150%
Assistance Hospitalisation (**) Location de téléviseur, présence d'un proche, aide-ménagère, répétiteur scolaire, mise à disposition de matériel médical (prise en charge des frais de livraison, envoi d'une ambulance sur prescription médicale)...	Include

TRANSPORT SANITAIRE	
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou pour la médecine de ville : remboursement sur base régime obligatoire	150%
Assistance AGIPI (**) Envoi d'une ambulance sur prescription médicale	Include

SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, actes et visites	
- Médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à l'un des DPTAM	185%
- Médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	165%
Actes de radiologie (radiographie, scanographie, IRM, échographie, mammographie, scintigraphie et électrocardiographie)	
- Médecins ayant adhéré à l'un des DPTAM	185%
- Médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	165%
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux suivants : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes.	165%
Analyses et examens de laboratoire	
Examens médicaux (biologie et analyses médicales)	165%
Médicaments	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important (remboursés à 65% par le régime obligatoire)	100%
Médicaments à SMR modéré (remboursés à 30% par le régime obligatoire)	100%
Médicaments à SMR faible (remboursés à 15% par le régime obligatoire)	100%
Médicaments prescrits homéopathiques et préparations magistrales remboursés à 30% par le régime obligatoire	100%
Contraceptifs prescrits non pris en charge par le régime obligatoire (plafond par année civile et par bénéficiaire)	60 €
Assistance Pharmacie (**)	Include

Livraison de médicaments (suite à immobilisation)

Matériel médical

Appareillage

Remboursement sur base régime obligatoire

165%

Prothèses capillaires et mammaires

Remboursement sur base régime obligatoire

165%

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.

Equipements 100% santé (*) (aides auditives de classe 1)

A compter du 1er janvier 2021, les équipements de classe 1 seront pris en charge aux frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation

Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation

Equipements à tarif libre (classe 2)

Remboursement sur base régime obligatoire

100%

Complément de remboursement

Pour les équipements de classe 2, le montant maximum de prise en charge par oreille s'élève à 1700 euros, remboursement Sécurité sociale inclus.

+ 150 €

ALLOCATION DE NAISSANCE OU D'ADOPTION

Naissance(une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de celui-ci à la garantie remboursement des frais de santé d'Agipi Santé)

Le forfait vient en complément de la prise en charge des coûts liés à l'hospitalisation (se référer à la rubrique hospitalisation)

Ce forfait est doublé en cas de naissance gémellaire

(Délai d'attente de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion)

200 €

Adoption(une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de celui-ci à la garantie remboursement des frais de santé d'Agipi Santé)

Forfait

(Délai d'attente de 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion)

200 €

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé(*)

Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation

Soins: consultations, soins dentaires (dont actes de parodontologie et d'endodontie) **remboursés par le régime obligatoire**, par acte et par bénéficiaire

Remboursement sur base régime obligatoire

165%

Inlays / Onlays par acte et par bénéficiaire

Remboursement sur base régime obligatoire

200%

Prothèses "reste à charge maîtrisé et libre"

Prothèses dentaires remboursées ou non par le régime obligatoire (dont couronne et bridge), par prothèse et par bénéficiaire

Remboursement sur base régime obligatoire

100%

Complément de remboursement

+ 250 €

Implants dentaires, par implant et par bénéficiaire

Remboursement 1ère et 2ème année

400 €

BONUS FIDELITE

Remboursement 3ème année et suivantes

500 €

Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire, par année civile et par bénéficiaire

Remboursement

150 €

Orthodontie remboursée par le régime obligatoire, par semestre et par bénéficiaire

Remboursement 1ère et 2ème année

275 €

BONUS FIDELITE

Remboursement 3ème année et suivantes

325 €

Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire, par semestre et par bénéficiaire (4 semestres consécutifs maximum)

Remboursement 1ère et 2ème année

150 €

BONUS FIDELITE

Remboursement 3ème année et suivantes

200 €

Plafond annuel de remboursement de 1ère année pour implants, prothèses des paniers "maîtrisé et libre" ⁽¹⁾ et parodontologie non remboursée

800 €

Plafond annuel de remboursement de 2ème année pour implants, prothèses des paniers "maîtrisé et libre" ⁽¹⁾ et parodontologie non remboursée

1600 €

Plafond annuel de remboursement de 3ème année et suivantes pour implants, prothèses des paniers "maitrisé et libre" ⁽¹⁾ et parodontologie non remboursée

2000 €

OPTIQUE

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Equipements 100% santé(*)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation
Lunettes (montures et verres) à tarif libre par bénéficiaire	
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, etc). La prise en charge des montures au sein des forfaits ci-dessous est limitée à 100 €.	
Monture + 2 verres simples	250 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	300 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes	375 €
BONUS RESPONSABLE après 2 années civiles entières consécutives sans remboursement pour les équipements contenant 2 verres simples	+ 60 €
BONUS RESPONSABLE après 2 années civiles entières consécutives sans remboursement pour les équipements contenant au moins un verre complexe ou très complexe	+ 100 €
Equipements mixtes	
Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarif libre (par exemple monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarif libre est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé. Si la monture est à tarif libre, son remboursement ne peut excéder 100€.	
Lentilles de contact prescrites souples ou rigides remboursées ⁽²⁾ ou non par le régime obligatoire par année civile et par bénéficiaire	
Remboursement	150 €
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) et implants intraoculaires par bénéficiaire	
Remboursement 1ère année	100 €/oeil
BONUS FIDELITE Remboursement 2ème année	200 €/oeil
BONUS FIDELITE Remboursement 3ème année et suivantes	300 €/oeil

PREVENTION ET BIEN-ETRE

Vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire	
Une fois par année civile et par bénéficiaire	Frais réels
Médecine douce (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, diététique, psychologie, sophrologie, naturopathie et psychomotricité) non remboursée par la Sécurité sociale	
Plafond par année civile pour chaque bénéficiaire	120 € (40 € maximum par acte)
Cures thermales prises en charge par le régime obligatoire	
Plafond par année civile pour chaque bénéficiaire de moins de 66 ans	200 €
Sevrage tabagique / Plafond unique dans la vie de l'adhésion par bénéficiaire	
Consultations	150%
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale	90% Frais réels
Plafond de remboursement	200 €
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	
Sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire	165%

(1) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà des plafonds annuels indiqués

(2) Le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé

(*) tels que définis réglementairement

(**) Prestations sous conditions disponibles sur simple appel à Agipi Santé Assistance au 01 55 92 23 03.

