

---

# Santé Créole Entreprise

---

Notice d'information du contrat B 2248380

Souscrit par

LM

Collège : Ensemble du personnel

La notice d'information est constituée du présent document et des Dispositions Générales  
réf. DG/SCE/12.2022

**NOTICE GENERALE D'INFORMATION**  
**Santé Créole Entreprise N° B 2248380**  
**A EFFET DU 01/01/2023**

**Prudence Créole**



**LM**

**Collège :** Ensemble du personnel

**Formule :** LM DISTRIBUTION BASE

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et intègrent le remboursement de la Sécurité Sociale. 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 prestations exprimées en FR ou en % FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement de la Sécurité Sociale.
- Les montants exprimés en euros ou en % du PMSS représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel de la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réels, sauf les prothèses auditives et les équipements en optique. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.
- Les prestations exprimées par an s'entendent par année d'adhésion.
- 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).

DETAIL DES GARANTIES SOUSCRITES	Vos remboursements
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Frais réels
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	
Soins praticien adhérent DPTM*	200% BR
Soin praticien non adhérent DPTM*	180% BR
<b>Frais de séjour</b>	
Frais de séjour	100% BR limité à 100% BR+90% des dépassements en non conv.
<b>Autres frais</b>	
Chambre particulière	50€/jour
Accompagnant	25€/ Jour Si hospitalisation d'un enfant de - 16 ans
Transport médical hospitalier	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Honoraires médicaux adhérent au DPTM*	150% BR
Honoraires médicaux non adhérent DPTM*	130% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux	150% BR
<b>Médicaments</b>	
Pharmacie	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée	30€ Plafond annuel par bénéficiaire
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	150% BR
<b>Matériel médical</b>	
Autres prothèses médicales*	100% BR
<b>Autres soins courants</b>	
Praticiens non remboursés	20€ limité à 4 séances par an par personne
Transports sanitaires	100% BR
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b>	
Soins et Prothèses dentaires 100% santé	Frais réels tels que définis réglementairement
<b>Soins et prothèses remboursés par la sécurité sociale</b>	
Soins dentaires	100% BR
Prothèses dentaires remboursées	200% BR
Orthodontie remboursée	200% BR
Parodontologie prise en charge	100% BR
Plafond Dentaire annuel par personne *	100% PMSS pour les prothèses dentaires et l'implantologie
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Equipement 100 % Santé</b>	
Monture et verres de Classe A 100% santé	Frais réels tels que définis réglementairement
<b>Equipement hors 100% Santé dit de classe B</b>	
Monture et verres de Classe B	250€
Plafond Monture de classe B	100€
Prestation adaptation correction visuelle	100% BR

**NOTICE GENERALE D'INFORMATION**  
**Santé Créole Entreprise N° B 2248380**  
**A EFFET DU 01/01/2023**

**Prudence Créole**



**LM**

**Collège :** Ensemble du personnel

**Formule :** LM DISTRIBUTION BASE

<b>Autres frais</b> Lentilles remboursées ou pas Chirurgie (par oeil)	125€ Plafond annuel par bénéficiaire 200€ Plafond annuel par bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Equipelement 100 % Santé</b> Aide auditive de Classe I 100% santé	Frais réels tels que définis réglementairement
<b>Equipelement Tarif libre</b> Aide auditive de Classe II Entretien, piles et accessoires	Frais réels dans la limite de 1700 euros 100% BR
<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale	250€ Plafond annuel par bénéficiaire
<b>FORFAITS</b>	
Forfait maternité/adoption	125€ par enfant
<b>PREVENTION</b>	
<b>Actions de prévention</b> Vaccins prescrits non remboursés	Oui Frais réels
<b>SERVICES ET OPTIONS</b>	
Option carte supplémentaire <b>Prestations d'Assistance</b> Assistance médicale Téléconsultation médicale Décès : rapatriement de corps	Oui  Oui Cf Dispositions Générales du contrat Oui Cf Dispositions Générales du contrat Oui Cf Dispositions Générales du contrat

Le contrat prévoit au minimum la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur dans les conditions prévues par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

\* **RESPONSABLE** : le présent contrat est qualifié de "responsable" et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R 871-1 et 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les "contrats responsables", les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

**DPTM\*** : 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.

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).

**PLAFOND DENTAIRE** : Il ne comprend pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du 100% Santé. Au delà du plafond dentaire fixé, les prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire font l'objet d'une prise en charge de 125% de la Base de Remboursement, régime obligatoire inclus.

**DENTAIRE** : Équipements remboursés par la Sécurité Sociale appartenant aux paniers "Tarifs maîtrisés" et "Tarifs Libres". Le montant des remboursements « Equipement hors 100% Santé » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.

**OPTIQUE** : 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 deux ans. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, un nouvel équipement pourra être remboursé à compter d'une période d'un an suivant la date d'achat du dernier équipement. Dans cette dernière hypothèse, une prescription médicale portant une correction différente sera exigée. Des cas de renouvellement anticipé sont prévus.

Lorsque la limite du forfait « lentilles de contact » est atteinte, la prise en charge des lentilles remboursées par la Sécurité Sociale est de 100 % TM.

**AIDES AUDITIVES** : Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de quatre ans.

\* **AUTRES PROTHESES MEDICALES** : Ce poste ne comprend pas les prothèses auditives, il faut se reporter au poste "Aides auditives".

\* **CARTE A PUCE** : Le remplacement d'une carte déclarée perdue sera facturé 15 EUR ; le coût d'une carte supplémentaire est fixé à 24 EUR ; l'utilisation de la carte pourra être bloquée par l'assureur sans suspendre les garanties.

**LM**

**Collège :** Ensemble du personnel

**Formule :** LM DISTRIBUTION VARIANTE

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et intègrent le remboursement de la Sécurité Sociale. 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 prestations exprimées en FR ou en % FR sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement de la Sécurité Sociale.
- Les montants exprimés en euros ou en % du PMSS représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel de la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réels, sauf les prothèses auditives et les équipements en optique. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.
- Les prestations exprimées par an s'entendent par année d'adhésion.
- 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).

DETAIL DES GARANTIES SOUSCRITES	Vos remboursements
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Frais réels
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	
Soins praticien adhérent DPTM*	Frais réels
Soin praticien non adhérent DPTM*	200% BR
<b>Frais de séjour</b>	
Frais de séjour	Frais réels limité à 100% BR+90% des dépassements en non conv.
<b>Autres frais</b>	
Chambre particulière	75€/jour
Accompagnant	50€/jour Si hospitalisation d'un enfant de - 16 ans
Transport médical hospitalier	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Honoraires médicaux adhérent au DPTM*	250% BR
Honoraires médicaux non adhérent DPTM*	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux	200% BR
<b>Médicaments</b>	
Pharmacie	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée	75€ Plafond annuel par bénéficiaire
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	200% BR
<b>Matériel médical</b>	
Autres prothèses médicales*	200% BR
<b>Autres soins courants</b>	
Praticiens non remboursés	40€ limité à 4 séances par an par personne
Transports sanitaires	100% BR
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b>	
Soins et Prothèses dentaires 100% santé	Frais réels tels que définis réglementairement
<b>Soins et prothèses remboursés par la sécurité sociale</b>	
Soins dentaires	150% BR
Prothèses dentaires remboursées	350% BR
Orthodontie remboursée	350% BR
Parodontologie prise en charge	100% BR
<b>Soins et prothèses non remboursés par la sécurité sociale</b>	
Prothèses dentaires non remboursées	215€ Plafond annuel par bénéficiaire
Orthodontie refusée	300€ Plafond annuel par bénéficiaire
Implants dentaires	400€ Plafond annuel par bénéficiaire
Plafond Dentaire annuel par personne *	120% PMSS pour les prothèses dentaires et l'implantologie
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Equipement 100 % Santé</b>	

**LM**

**Collège :** Ensemble du personnel

**Formule :** LM DISTRIBUTION VARIANTE

<b>Monture et verres de Classe A 100% santé</b> <b>Equipement hors 100% Santé dit de classe B</b> Monture et verres de Classe B Majoration par verre complexe Majoration/verre hypercomplexe Plafond Monture de classe B Prestation adaptation correction visuelle <b>Autres frais</b> Lentilles remboursées ou pas Chirurgie (par oeil)	Frais réels tels que définis réglementairement  300€ 50€ 75€ 100€ 100% BR  250€ Plafond annuel par bénéficiaire 350€ Plafond annuel par bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Equipement 100 % Santé</b> Aide auditive de Classe I 100% santé <b>Equipement Tarif libre</b> Aide auditive de Classe II Entretien, piles et accessoires	Frais réels tels que définis réglementairement  Frais réels dans la limite de 1700 euros 100% BR
<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale	400€ Plafond annuel par bénéficiaire
<b>FORFAITS</b>	
Forfait maternité/adoption	200€ par enfant
<b>PREVENTION</b>	
<b>Actions de prévention</b> Vaccins prescrits non remboursés	Oui Frais réels
<b>SERVICES ET OPTIONS</b>	
Option carte supplémentaire <b>Prestations d'Assistance</b> Assistance médicale Téléconsultation médicale Décès : rapatriement de corps	Oui  Oui Cf Dispositions Générales du contrat Oui Cf Dispositions Générales du contrat Oui Cf Dispositions Générales du contrat

**NOTICE GENERALE D'INFORMATION**  
**Santé Créole Entreprise N° B 2248380**  
**A EFFET DU 01/01/2023**

**Prudence Créole**



**LM**

**Collège :** Ensemble du personnel

**Formule :** LM DISTRIBUTION VARIANTE

Le contrat prévoit au minimum la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur dans les conditions prévues par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

\* **RESPONSABLE :** le présent contrat est qualifié de "responsable" et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R 871-1 et 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les "contrats responsables", les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

**DPTM\*** : 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.

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).

**PLAFOND DENTAIRE :** Il ne comprend pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du 100% Santé. Au delà du plafond dentaire fixé, les prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire font l'objet d'une prise en charge de 125% de la Base de Remboursement, régime obligatoire inclus.

**DENTAIRE :** Équipements remboursés par la Sécurité Sociale appartenant aux paniers "Tarifs maîtrisés" et "Tarifs Libres". Le montant des remboursements « Equipement hors 100% Santé » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.

**OPTIQUE :** 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 deux ans. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, un nouvel équipement pourra être remboursé à compter d'une période d'un an suivant la date d'achat du dernier équipement. Dans cette dernière hypothèse, une prescription médicale portant une correction différente sera exigée. Des cas de renouvellement anticipé sont prévus.

Lorsque la limite du forfait « lentilles de contact » est atteinte, la prise en charge des lentilles remboursées par la Sécurité Sociale est de 100 % TM.

**AIDES AUDITIVES :** Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de quatre ans.

\* **AUTRES PROTHESES MEDICALES :** Ce poste ne comprend pas les prothèses auditives, il faut se reporter au poste "Aides auditives".

\* **CARTE A PUCE :** Le remplacement d'une carte déclarée perdue sera facturé 15 EUR ; le coût d'une carte supplémentaire est fixé à 24 EUR ; l'utilisation de la carte pourra être bloquée par l'assureur sans suspendre les garanties.