

# Tableau des garanties GPM VARIANCE + étudiants

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <b>incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels.</b> On entend par assuré : membre participant et ses ayants droit assurés au contrat.	<b>GPM VARIANCE + ÉTUDIANTS</b>
<b>Hospitalisation</b>	
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)	100% des frais réels
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux, d'anesthésie et obstétricaux en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BRSS
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux, d'anesthésie et obstétricaux en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BRSS
Transport accepté par la Sécurité Sociale	100% BRSS
Chambre particulière - Par jour - Max 90 jours par année civile et par assuré, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation, établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme (sauf hébergement en établissement de soins de longue durée et ex section de cure médicale non pris en charge)	60 €
Lit accompagnant - Par jour (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) - Limité à 15 jours par année civile et par assuré	30 €
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné	150% BRSS
Hospitalisation à domicile acceptée par la Sécurité Sociale	150% BRSS
<b>Maternité</b>	
Allocation Maternité (par naissance ou adoption)	300 €
FIV, amniocentèse non acceptées par la Sécurité Sociale - Par année civile et par assuré	150 €
Chambre particulière maternité - Par jour - Max 90 jours par année civile et par assuré	60 €
<b>Soins courants</b>	
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BRSS
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BRSS
Actes techniques médicaux - dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BRSS
Actes techniques médicaux - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BRSS
Radiologie - dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BRSS
Radiologie - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS
Honoraires paramédicaux	100% BRSS
Médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS
<b>Matériel médical</b>	
Petit appareillage	150% BRSS
Grand appareillage	125% BRSS
<b>Autres soins</b>	
Actes d'ostéopathie, de chiropraxie et de podologie non acceptés par la Sécurité Sociale - Par séance - Limité à 3 séances par année civile et par assuré	25 €
<b>Aides auditives</b>	
Une aide auditive par oreille par période de 4 ans à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 (date de facturation). Forfait incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.	
Jusqu'au 31/12/2020 : Aides auditives	150% BRSS
A compter du 01/01/2021 : Aides auditives - Classe I - 100% Santé*	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente
A compter du 01/01/2021 : Aides auditives - Classe II - Tarif libre	600 €
<b>Dépistage et prévention</b>	
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie	100% BRSS
Vaccins acceptés par la Sécurité Sociale : BCG avant 6 ans, coqueluche et hépatite B avant 14 ans, diphtérie, tétanos et poliomyélite...	100% BRSS
Vaccins non acceptés par la Sécurité Sociale (grippe, gastro-entérite, ...) - Par année civile et par assuré	30 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (y compris audiométrie subjective) + bilan allergique - Par année civile et par enfant assuré	30 €
Forfait contraception et sevrage tabagique prescrits (patchs et gommes) - Par année civile et par assuré	60 €
Forfait Objet Connecté E-Santé - A utiliser sur une période de deux ans par membre participant pour la prise en charge des dépenses liées à l'achat d'un "Objet Connecté E-Santé" tel que défini aux dispositions contractuelles. L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition.	75 €

100% santé

\* tels que définis réglementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <b>incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels</b> . On entend par assuré : membre participant et ses ayants droit assurés au contrat.	GPM VARIANCE + ÉTUDIANTS
<b>Optique</b> Un équipement (verres + monture) tous les 2 ans par assuré (sauf pour les enfants de moins de 16 ans et les cas d'évolution de la vue)	
Équipement optique - Classe A - 100% santé*	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente
Prestation d'adaptation et d'appairage de la correction visuelle Classe A - 100% santé + supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente
Équipement optique - Classe B - tarif libre :	
Équipement verres simples (forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)	200 €
Équipement verres complexes (forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)	350 €
Équipement verres hypercomplexes (forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)	400 €
<i>Dont forfait maximum pour la monture</i>	100 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle Classe B - Tarif libre + supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente
Achat mixte (monture / verres) 100% Santé (classe A) / Tarif libre (classe B)	Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente
Achat équipement verres hybrides appartenant à la même classe : Par exemple : un verre complexe + un verre hypercomplexe	Le forfait est calculé sur la base de la somme des deux équipements correspondant aux deux verres divisée par deux. Exemple : forfait pour un équipement hybride en Variance + avec un verre complexe et un verre hypercomplexe. Calcul du forfait : $(350 € + 400 €) / 2 = 375 €$ dont 100 € de monture sous déduction de la base de remboursement de la sécurité sociale
Lentilles de correction prescrites médicalement et acceptées par la Sécurité sociale Forfait par année civile et par assuré. Au-delà du forfait remboursement du ticket modérateur	100 €
Lentilles de correction prescrites médicalement et non acceptées par la Sécurité sociale - Forfait par année civile et par assuré	
Chirurgie réfractive - Par oeil, par année civile et par assuré	300 €
<b>Dentaire</b> Taux incluant le remboursement de la sécurité sociale	
Soins dentaires	100 % BRSS
Prothèses dentaires - classe 1 - 100% santé* :	
A compter du 01/01/2020 : Couronnes et bridges prévus par la convention dentaire en vigueur	100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation
A compter du 01/01/2021 : Couronnes, bridges et autres prothèses (dont Inlay-onlay) prévus par la convention dentaire en vigueur	100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires - classe 2 - tarif maîtrisé et classe 3 - tarif libre :	
Prothèses dentaires (dont Inlay-onlay) acceptées par la Sécurité Sociale	200% BRSS
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale dans la limite de 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements	300% BRSS
Forfaits pour les prestations non remboursées par la Sécurité Sociale prévus sur une période de deux années civiles :	
Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité Sociale - Par prothèse - Limité à 3 prothèses toutes les deux années civiles et par assuré	100 €
Implantologie - Par implant - Limité à 3 implants toutes les deux années civiles et par assuré	200 €
Parodontologie / endodontie - Toutes les deux années civiles et par assuré	75 €

100% santé

\* tels que définis réglementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)