GMF
ASSURÉMENT HUMAIN

Santé pass complémentaire

GARANTIES	COMPLÉMENTAIRE			
Soins courants	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
Honoraires médicaux remboursés, dans le parcours de soins coordonnés	**100 %** BR	**130 %** BR (+20 % si DPTAM)(1)	**170 %** BR (+20 % si DPTAM)(1)	**200 %** BR (+20 % si DPTAM)(1)
Honoraires médicaux remboursés, hors parcours de soins coordonnés	**60 %** BR	**60 %** BR	**60 %** BR	**60 %** BR
Honoraires médicaux des sages-femmes, honoraires paramédicaux	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Analyses et examens de laboratoire	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Frais de transport	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Actes de radiologie et imagerie médicale	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Actes et soins médicaux prescrits et non remboursés (amniocentèse, phlébologie, FIV et péridurale)	-	-	**50 €**/an	**100 %** BR
Séances d'ostéopathie, chiropractie, consultations diététiques, séances d'ergothérapie, de psychomotricité, séances chez un psychologue, séances d'étiopathie, d'acupuncture et de pédicurie podologie - non remboursées	-	**60 €** **(20 x 3 séances / an)**	**100 €** **(25 € x 4 séances/ an)**	**120 €** **(30 x 4 séances par an)**
Cure thermale	-	**100 €**/an	**150 €**/an	**200 €**/an
Médicaments et vaccins - prescrits et remboursés	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Médicaments (y compris homéopathie), vaccins, contraceptifs et sport sur ordonnance - prescrits et non remboursés	**25 €**/an	**40 €**/an	**50 €**/an	**70 €**/an
Médicaments en automédication et pharmacie préventive - ni prescrits ni remboursés	**10 €**/an	**20 €**/an	**40 €**/an	**50 €**/an
Matériel médical/petit appareillage/Appareillage orthopédique - prescrit et remboursé	**100 %** BR	**130 %** BR	**170 %** BR	**220 %** BR
Matériel médical/grand appareillage - prescrit et remboursé	**100 %** BR	**130 %** BR, maxi 3 000 €/an	**170 %** BR, maxi 3 000 €/an	**220 %** BR, maxi 3 000 €/an
Matériel médical 100 % santé i Soins et équipements 100 % santé(2)	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**

(1) voir informations consommateurs au bas de la 4ème page.

GARANTIES	COMPLÉMENTAIRE			
Optique	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
2 verres à correction simple, adulte Équipement à prise en charge libre	**70 €**/2 ans	**130 €**/2 ans	**230 €**/2 ans 130 € les 6 premiers mois	**320 €**/2 ans 130 € les 6 premiers mois
2 verres à correction complexe ou verres progressifs, adulte Équipement à prise en charge libre	**180 €**/2 ans	**190 €**/2 ans	**280 €**/2 ans 190 € les 6 premiers mois	**380 €**/2 ans 190 € les 6 premiers mois
Monture, adulte Équipement à prise en charge libre	**30 €**/2 ans	**40 €**/2 ans	**70 €**/2 ans 40 € les 6 premiers mois	**100 €**/2 ans 40 € les 6 premiers mois
Lentilles de contact (toutes lentilles correctrices), adulte Équipement à prise en charge libre	**50 €**/an	**100 €**/an	**200 €**/an	**250 €**/an
Chirurgies réfractives de l'œil - non remboursées, adulte Équipement à prise en charge libre	-	**170 €**/intervention maxi 2 fois/an	**290 €**/intervention maxi 2 fois/an	**410 €**/intervention maxi 2 fois/an
2 verres à correction simple, enfant Équipement à prise en charge libre	**35 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**60 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**95 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans 60 € les 6 premiers mois	**140 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans 60 € les 6 premiers mois
2 verres à correction complexe, enfant Équipement à prise en charge libre	**185 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**190 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**200 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans 190 € les 6 premiers mois	**220 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans 190 € les 6 premiers mois
Monture, enfant Équipement à prise en charge libre	**30 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**30 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**60 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans 30 € les 6 premiers mois	**70 €**/an et/2 ans ≥ 16 ans 30 € les 6 premiers mois
Lentilles de contact (toutes lentilles correctrices), enfant Équipement à prise en charge libre	**35 €**/an	**50 €**/an	**80 €**/an	**100 €**/an
2 verres à correction simple ou complexe et une monture, adulte Équipement 100 % santé(2)	**Frais réels**/2 ans	**Frais réels**/2 ans	**Frais réels**/2 ans	**Frais réels**/2 ans
2 verres à correction simple ou complexe et une monture, enfant Équipement 100 % santé(2)	**Frais réels**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**Frais réels**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**Frais réels**/an et/2 ans ≥ 16 ans	**Frais réels**/an et/2 ans ≥ 16 ans

Aides auditives	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
Aides auditives par oreille - remboursées Équipements à prise en charge libre	**100 %** BR (/4 ans depuis le 01/01/2021)	**160 %** BR (/4 ans depuis le 01/01/2021)	**230 %** BR (/4 ans depuis le 01/01/2021)	**280 %** BR (/4 ans depuis le 01/01/2021)
Aides auditives par oreille - remboursées Équipement 100 % santé(2)	**Frais réels** (/4 ans depuis le 01/01/2021)	**Frais réels** (/4 ans depuis le 01/01/2021)	**Frais réels** (/4 ans depuis le 01/01/2021)	**Frais réels** (/4 ans depuis le 01/01/2021)

(2) voir informations consommateurs au bas de la 4ème page.

GARANTIES	COMPLÉMENTAIRE			
Dentaire	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
Soins dentaires (soins conservateurs, détartrage…) et inlay/onlay - remboursés Soins et équipements à prise en charge libre	**100 %** BR	**100 %** BR	**125 %** BR	**150 %** BR
Prothèses dentaires (y compris inlay core) - remboursées Soins et équipements à prise en charge libre	**150% BR** maxi 200 €/an **100 %** BR au-delà	**200% BR** maxi 500 €/an **100 %** BR au-delà	**300% BR** maxi 750 €/an **100 %** BR au-delà	**350% BR** maxi 1000 €/an **100 %** BR au-delà
Prothèses dentaires et parodontie - non remboursées Soins et équipements à prise en charge libre	-	**100 €**/an	**250 €**/an 100 € les 6 premiers mois	**400 €**/an 100 € les 6 premiers mois
Implants dentaires - non remboursés Soins et équipements à prise en charge libre	-	-	**250 €**/an 100 € les 6 premiers mois	**400 €**/an 100 € les 6 premiers mois
Orthodontie enfant (commencée avant 16 ans)(3) Soins et équipements à prise en charge libre	**130% BR**	**200% BR**	**230% BR**	**300% BR**
Soins dentaires et prothèses dentaires remboursés selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau utilisé Soins et équipements 100 % santé(2)	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**

(2) et (3) voir informations consommateurs au bas de la 4ème page.

GARANTIES	COMPLÉMENTAIRE			
Hospitalisation[4]	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris en hospitalisation de jour et en chirurgie ambulatoire) - remboursés	**100 %** BR	**130 %** BR (+20% si DPTAM)[1] 100 % BR les 6 premier mois	**170 %** BR (+20% si DPTAM)[1] 100 % BR les 6 premier mois	**200 %** BR (+20% si DPTAM)[1] 100 % BR les 6 premier mois
Frais de séjours (y compris en hospitalisation de jour et en chirurgie ambulatoire) - remboursés	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Forfait journalier hospitalier	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**
Chambre particulière	-	**40 €**/jour	**60 €**/jour	**80 €**/jour
Chambre particulière en hospitalisation de jour et en chirurgie ambulatoire	-	**20 €**/jour	**20 €**/jour	**20 €**/jour
Forfait multimédia	-	**5 €**/jour	**5 €**/jour	**5 €**/jour
Frais de transport	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR	**100 %** BR
Frais d'accompagnement	-	**30 €**/jour	**30 €**/jour	**30 €**/jour
Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais de séjour en établissements spécialisés - remboursés	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
Forfait journalier hospitalier en établissements spécialisés	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**
Chambre particulière en établissements spécialisés	-	**40 €**/jour maxi 30 j/an	**40 €**/jour maxi 30 j/an	**40 €**/jour maxi 30 j/an
Forfait multimédia en établissements spécialisés	-	**5 €**/jour maxi 30 j/an	**5 €**/jour maxi 30 j/an	**5 €**/jour maxi 30 j/an
Prime de naissance ou d'adoption	-	-	**100 €**/enfant	**200 €** /enfant

Informations consommateurs

Montants en vigueur au 01/04/2025 susceptibles d'évoluer. Les garanties, exclusions, limites sont précisées dans les Conditions Générales du contrat Santé Pass Complémentaire, disponibles sur gmf.fr ou dans votre agence GMF. Les garanties indiquées sont valables au jour de l'établissement du devis d'assurance. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou en euros. Les valeurs exprimées en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire à l'exception des équipements optiques (verres et montures) pour lesquels le remboursement RO est inclus. Les montants exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) incluent le taux de remboursement du Régime Obligatoire. La participation forfaitaire et les franchises mentionnées à l'article L .322-2 du Code de la sécurité sociale ne sont jamais couvertes.

(1) Les taux de remboursement sont majorés de 20 % de la BR pour les honoraires des médecins généralistes ou spécialistes ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.
(2) Tels que définis règlementairement, la prise en charge des remboursements est plafonnée aux prix limites de vente ou honoraires limites de facturation.
(3) La garantie orthodontie enfant exprimée en pourcentage de la BR cumule la part de remboursement de la Sécurité sociale ainsi que celle de la Complémentaire avec un plafond maximum par année.
(4) Les garanties hospitalisation sont soumises à un délai d'attente de 3 mois sauf accident ou reprise concurrence. Durant cette période, la prise en charge se limite à la prise en charge du Ticket Modérateur sur les honoraires, frais de séjour et forfait journalier hospitalier .

GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - LA SAUVEGARDE - Société anonyme d'assurance au capital de 38 313 200 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 612 007 674 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9