

ANNEXE – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ BASE ET SURCOMPLEMENTAIRE

NATURE DES PRESTATIONS	ENSEMBLE DU PERSONNEL BASE OBLIGATOIRE RESPONSABLE		ENSEMBLE DU PERSONNEL SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIVE RESPONSABLE	
	(En complément des prestations de la Sécurité sociale)		(En complément des prestations du Régime de Base et de la Sécurité sociale)	
SOINS MEDICAUX COURANTS				
Médecin généraliste OPTAM	70	% BR + TM	30	% BR
Médecin généraliste HORS OPTAM	50	% BR + TM	30	% BR
Médecin spécialiste OPTAM	130	% BR + TM		
Médecin spécialiste HORS OPTAM	100	% BR + TM		
Médecin spécialiste "professeur" OPTAM	130	% BR + TM		
Médecin spécialiste "professeur" HORS OPTAM	100	% BR + TM		
Honoraires Médecins particuliers hors hospitalisation (ADC, ATM, ADE) OPTAM / OPTAM-CO	300	% BR + TM		
Honoraires Médecins particuliers hors hospitalisation (ADC, ATM, ADE) HORS OPTAM / OPTAM-CO	100	% BR + TM		
Radiologie (ADI) OPTAM	120	% BR + TM		
Radiologie (ADI) HORS OPTAM	100	% BR + TM		
Analyses acceptées	110	% BR		
Auxiliaires médicaux	100	% BR		
Transport hors hospitalisation ou cure thématique (sur prescription)	100	% BR		
HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Frais de séjour Conventionnés	100	% FR limité à 400% BR		
Frais de séjour Non Conventionnés	100	% FR limité à 400% BR		
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésiste (ABA) Conventionnés :				
- Praticien OPTAM / OPTAM-CO	300	% BR + TM		
- Praticien HORS OPTAM / OPTAM-CO	100	% BR + TM		
- Autres actes en secteur hospitalier	100	% TM		
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésiste (ABA) Non Conventionnés HORS OPTAM	100	% BR + TM		
Transport pris en charge par la Sécurité sociale Conventionné et Non Conventionné	100	% BR		
Transport non pris en charge par la Sécurité sociale	100	% BR		
Forfait hospitalier (dans la limite du forfait en vigueur)	100	% BR		
Chambre particulière (par jour) Hors chirurgie (Actes codés ACO et ADC)	2	% PMSS		
Chambre particulière (par jour) pour les actes de chirurgie codés ACO et ADC	100	% FR		
Frais d'accompagnant (par jour)	1.5	% PMSS		
PHARMACIE				
Pris en charge par la Sécurité sociale	100	% TM		
Pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale mais prescrites médicalement	3	% PMSS		
DENTAIRE				
Soins dentaire Conventionné ou Non Conventionné	100	% BR		
Tray - Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	250	% BR	50	% BR
Inlay - Onlay Core pris en charge par la Sécurité sociale	250	% BR	50	% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	275	% BR	75	% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	275	% BR	75	% BR
Autre prothèse prise en charge par la Sécurité sociale	250	% BR	50	% BR
Pilier de bridge sur dent saine	250	€	50	€
Prothèse sur implant prise en charge par la Sécurité sociale	275	% BR	25	% BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	250	% BR	50	% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	250	% BR	100	% BR
Implant non pris en charge par la Sécurité sociale (pose + couronne sur implant) limité à 3 par an	20	% PMSS / an / bénéficiaire		
Parodontologie prise en charge (Uniquement Curetage, Surface radiculaire et gingivectomie)	250	% BR		
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale - Forfait annuel	120	€		
OPTIQUE				
	Limitation à une monture hors les 2 ans pour les plus de 18 ans et à une monture par an pour les moins de 18 ans		Limitation à une monture tous les 2 ans pour les plus de 18 ans et à une monture par an pour les moins de 18 ans	
Monture Adultes (18 ans et plus)	3.52	% PMSS dans la limite de 150€	0.48	% PMSS dans la limite de 150€
Monture Enfants (moins de 18 ans)	3.21	% PMSS dans la limite de 150€	0.29	% PMSS dans la limite de 150€
Verres simples pour adulte				
Verres simples pour enfant				
Verres progressifs ou multifocaux par bénéficiaire, quelque soit la correction				
Verres complexes / hypercomplexes pour adulte ou pour enfant				
Verres complexes / hypercomplexes pour adulte ou pour enfant				
Verres progressifs ou multifocaux par bénéficiaire, quelque soit la correction				
Verres complexes / hypercomplexes pour adulte ou pour enfant				
Verres complexes / hypercomplexes pour adulte ou pour enfant				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	4	% PMSS / an / bénéficiaire	4	% PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	4	% PMSS / an / bénéficiaire	4	% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie laser	15	% PMSS / an / bénéficiaire		
AUTRES PROTHÈSES				
Prothèses médicales, Orthopédie, Petit Appareillage	200	% BR		
Prothèses auditives	400	% BR		
CURE THERMALE				
Prise en charge par la Sécurité sociale	5	% PMSS / an / bénéficiaire		
MEDECINES ALTERNATIVES ET ACTES DE PREVENTION				
Détérioration, Chiropraxie, Etiopathie, Acupuncture, Nutritionniste ou Diététicien par an et par bénéficiaire				
	35	€ par séance (4 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues)		
Consultation Psychologues				
	40	€ par séance (3 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues)		
Bilan de Psychomotricité par an et par bénéficiaire				
	60	€		
Prévention dentaire (vernis fluorés pour les enfants de 6 à 14 ans et test salivaire) par an et par bénéficiaire				
	35	€ par an et par bénéficiaire		
Test Salivaire				
	30	€ par an et par bénéficiaire		
MATERNITE / ADOPTION				
	Minima CCN			
Chambre particulière	2	% PMSS		
FORFAIT PARENTALITE ET ACCOUCHEMENT				
Forfait parentalité (Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 7 ans)	8	% PMSS		
Forfait accouchement (Ajout au forfait parentalité)	2.6	% PASS		

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement Sécurité sociale - BRR : Base de Remboursement Sécurité sociale reconstituée - PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale (au 1er janvier 2018 : 39 852 €) - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (au 1er janvier 2018 : 3 321 €) - TM : Ticket Modérateur - Base de Remboursement (BR) : Tarif négocié entre la Sécurité sociale et le Corps Médical. Les praticiens ou établissements s'engagent à le respecter. Cependant, ce tarif peut être dépassé (praticiens avec dépassements autorisés ou à honoraires libres) et sera, dans ce cas, limité à la base de remboursement de la Sécurité sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement sera celle du tarif d'autorité. OPTAM / OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée / Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie-Obstétrique (Anciennement Contrat d'accès aux soins). L'OPTAM / OPTAM-CO a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire. Ainsi, une consultation, dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO, sera mieux remboursée par rapport à une consultation auprès d'un médecin non-adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO. Rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr> pour trouver les professionnels de santé adhérents. Au-delà de la garantie couronnes sur implant prévu au contrat, une garantie complémentaire est versée au titre du panier de soins prévu par le contrat responsable : 55% BR- Au-delà des plafonds de garanties liés au contrat, une garantie complémentaire est versée au titre du panier de soins prévu dans le cadre par le contrat responsable pour les soins remboursés par la Sécurité sociale : 100 % TM

fu