

	BASE CONVENTIONNELLE	Base + OPTION 1 SUR MESURE		
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
Chirurgie - Hospitalisation (**)				
Conventionnée - Frais de séjour	100% BR	100% BR		
Conventionnée - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	150% BR		
Conventionnée - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	130% BR		
Non conventionnées - Honoraires	100% TM	100% BR		
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels		
Forfait actes lourds	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels		
Chambre particulière par jour (**)				
Conventionnée	1,25% PMSS / Jour	1,75% PMSS / Jour		
Forfait en ambulatoire	0,50% PMSS / Jour	0,50% PMSS / Jour		
Personne accompagnante				
Conventionnée	non couverte	10€/ jour		
FRAIS MEDICAUX				
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (*)	100% BR	150% BR		
Consultations - Visites Généralistes hors OPTAM (*)	100% BR	130% BR		
Consultations - Visites Spécialiste OPTAM (*)	100% BR	150% BR		
Consultations - Visites Spécialiste hors OPTAM (*)	100% BR	130% BR		
Médicament remboursée à 65% par la SS	100% BR	100% BR		
Médicament remboursée à 30% par la SS	100% BR	100% BR		
Médicament remboursée à 15% par la SS	non couverte	100% BR		
Analyses	100% BR	100% BR		
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR		
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	150% BR		
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	130% BR		
Radiologie OPTAM (*)	100% BR	120% BR		
Radiologie hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR		
Transport accepté par la SS	100% BR	100% BR		
Médecines douces reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels/an/bénéficiaire. Liste des praticiens pris en charge : consultations psychologique, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étiopathie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédicure/podologie, équilibre alimentaire-diététique, séances de psychomotricité, naturopathie, aromathérapie et hypnose	non couverte	30€/ séance - 3 séances par an par bénéficiaire		
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	150% BR		
Véhicules pour handicapé	100% BR	150% BR		
AIDES AUDITIVES				
Aide Auditive (1) (Renouvellement tous les 4 ans)	Classe 1 2020 : 100% BR A partir de 2021: remboursement intégral	Classe 2 100% BR	Classe 1 2020 : 100% BR A partir de 2021: remboursement intégral	Classe 2 100% BR + 300€/oreille
CURES THERMALES				
Acceptée par la Ss / an/ bénéficiaire	non couverte	100% BR		
PREDITION				
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR		
Ostéodensitométrie osseuse /an/bénéficiaire	non couverte	non couverte		
Patch anti tabac /an/bénéficiaire (sevrage tabagique actuellement dans TG)	non couverte	non couverte		
Médicaments non remboursés par la SS	non couverte	30€/ an		
DENTAIRE				
Soins dentaires	100% BR	100% BR		
Onlays - Inlays	100% BR	125% BR		
Orthodontie				
- Acceptée par la SS	125% BR	200% BR		
- Refusée par la SS	non couverte	150€/ semestre de soins		
Prothèses dentaires non remboursées	non couverte	200€ par prothèse		
Parodontologie	non couverte	200€/ an		
Implantologie	non couverte	350€/ an		
Prothèses dentaires remboursées	Plafond 500€/an/bénéficiaire			
Classes correspondant au PLAN SANTE (**)	Plan Santé	Panier modéré	Panier libre	
- remboursées : dents du sourire	200% BR	200% BR	300% BR	
- remboursées : dents de fond de bouche	200% BR	200% BR	250% BR	
- inlays-cores	125% BR	125% BR	175 % BR	
OPTIQUE (3)				
Classes correspondant au PLAN SANTE (**)	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
Monture	REMBOURSEMENT INTEGRAL	Grille 1	REMBOURSEMENT INTEGRAL	Grille 2
Verres	100% BR+50€/an/bénéficiaire		100% BR+130€/ an/ bénéficiaire	
Lentilles (acceptées, refusées et jetables) adulte	non couverte		200€ /œil	
Chirurgie réfractive	souscrit		souscritre	
ASSISTANCE SANTE				

(*) OPTAM/OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée/Option pratique tarifaire maîtrisée-Chirurgie obstétrique) : remplace le contrat d'accès aux soins (CAS) à compter du 1er janvier 2017. Les garanties concernées visent toutesefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM-CO.

(**) Y compris la maternité

(***) Classe A / Classe 1 / Plan santé : Prix limite de vente pour le panier 100% Santé. Classe B / Classe 2 / Panier modéré : Prix limite de vente hors panier 100% santé. Les plafonds de remboursement fixés forfaitairement en euros de la Classe B / Classe 2 pour l'aide auditive, les prothèses dentaires remboursées et l'optique s'entendent y compris remboursement de la Sécurité Sociale.

(1) Les plafonds de remboursement fixés forfaitairement en euros de la Classe B / Classe 2 pour l'aide auditive, les prothèses dentaires remboursées et l'optique s'entendent y compris remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) Le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires remboursées dans la limite du plafond indiqué par an par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR. Les remboursements du Panier modéré s'entendent dans la limite des prix limites de vente.

(3) Le grille 1 pour les personnes remboursées au-delà de 125% BR. Comprend les périodes de renouvellement de l'équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai d'1 an pour les assurés de moins de 16 ans, de 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur - et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les assurés âgés de 16 ans et plus est réduite à 1 an en cas de renouvellement complet (verres + montures) justifié médicalement par un opticien-ne en application de l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien-ne en application de l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(4) : Au-delà du forfait de remboursement en euros, remboursement du TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou de la franchise médicale).

PLV : prix limites de vente

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale