

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
Chirurgie - Hospitalisation (**)	
Conventionnée - Frais de séjour	
Conventionnée - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO (*)	
Conventionnée - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	
Non conventionnées - Honoraires	
Forfait hospitalier	
Forfait actes lourds	
Chambre particulière par jour (**)	
Conventionnée	
Forfait en ambulatoire	
Personne accompagnante	
Conventionnée	
FRAIS MEDICAUX	
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (*)	
Consultations - Visites Généralistes hors OPTAM (*)	
Consultations - Visites Spécialiste OPTAM (*)	
Consultations - Visites Spécialiste hors OPTAM (*)	
Médicament remboursée à 65% par la SS	
Médicament remboursée à 30% par la SS	
Médicament remboursée à 15% par la SS	
Analyses	
Auxiliaires médicaux	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO (*)	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	
Radiologie OPTAM (*)	
Radiologie hors OPTAM (*)	
Transport accepté par la SS	
Médecines douces reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels/an/bénéficiaire. Liste des praticiens pris en charge : consultations psychologique, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étopathie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédicure/podologie, équilibre alimentaire-diététique, séances de psychomotricité, naturopathie, aromathérapie et hypnose	
Orthopédie et autres prothèses	
Véhicules pour handicapé	
AIDES AUDITIVES	
<b>Aide Auditive (1) (Renouvellement tous les 4 ans)</b>	
CURES THERMALES	
Acceptée par la Ss / an/ bénéficiaire	
PREVENTION	
Tous les actes des contrats responsables	
Ostéodensitométrie osseuse /an/bénéficiaire	
Patch anti tabac /an/bénéficiaire (sevrage tabagique actuellement dans TG)	
Médicaments non remboursés par la SS	
DENTAIRE	
Soins dentaires	
Onlays - Inlays	
Orthodontie	
- Acceptée par la SS	
- Refusée par la SS	
Prothèses dentaires non remboursées	
Parodontologie	
Implantologie	
Prothèses dentaires remboursées	
Classes correspondant au PLAN SANTE (***)	
- remboursées : dents du sourire	
- remboursées : dents de fond de bouche	
- inlays-cores	
OPTIQUE (3)	
Classes correspondant au PLAN SANTE (***)	
Monture	
Verres	
Lentilles (acceptées, refusées et jetables) adulte	
Chirurgie réfractive	
ASSISTANCE SANTE	

BASE CONVENTIONNELLE			Base + OPTION 1 SUR MESURE		
100% BR			100% BR		
100% BR			150% BR		
100% BR			130% BR		
100% TM			100% BR		
couverture aux frais réels			couverture aux frais réels		
couverture aux frais réels			couverture aux frais réels		
1,25% PMSS / Jour			1,75% PMSS/ Jour		
0,50% PMSS / Jour			0,50% PMSS/ Jour		
non couverte			10€/ jour		
100% BR			150% BR		
100% BR			130% BR		
100% BR			150% BR		
100% BR			130% BR		
100% BR			100% BR		
100% BR			100% BR		
non couverte			100% BR		
100% BR			100% BR		
100% BR			100% BR		
100% BR			150% BR		
100% BR			130% BR		
100% BR			120% BR		
100% BR			100% BR		
100% BR			100% BR		
non couverte			30€/ séance - 3 séances par an par bénéficiaire		
100% BR			150% BR		
100% BR			150% BR		
<b>Classe 1</b>		<b>Classe 2</b>	<b>Classe 1</b>		<b>Classe 2</b>
2020 : 100% BR			2020 : 100% BR		
A partir de 2021 : remboursement intégral		100% BR	A partir de 2021 : remboursement intégral		100% BR + 300€/oreille
non couverte			100% BR		
100% BR			100% BR		
non couverte			non couverte		
non couverte			non couverte		
non couverte			30€/ an		
100% BR			100% BR		
100% BR			125% BR		
125% BR			200% BR		
non couverte			150€/ semestre de soins		
non couverte			200€ par prothèse		
non couverte			200€/ an		
non couverte			350€/ an		
		Plafond 500€/an/bénéficiaire			
<b>Plan Santé</b>	<b>Panier modéré</b>	<b>Panier libre</b>	<b>Plan Santé</b>	<b>Panier modéré</b>	<b>Panier libre</b>
REMBOURSEMENT INTEGRAL	200% BR	200% BR	REMBOURSEMENT INTEGRAL	300% BR	300% BR
	200% BR	200% BR		250% BR	250% BR
	125% BR	125% BR		175% BR	175% BR
<b>Classe A</b>		<b>Classe B</b>	<b>Classe A</b>		<b>Classe B</b>
REMBOURSEMENT INTEGRAL		Grille 1	REMBOURSEMENT INTEGRAL		Grille 2
100% BR+50€/an/bénéficiaire			100% BR+130€/ an/ bénéficiaire		
non couverte			200€ /œil		
souscrite			souscrite		

(\*) OPTAM/OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée/Option pratique tarifaire maîtrisée-Chirurgie obstétrique) : remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) à compter du 1er janvier 2017. Les garanties concernées visent toutefois 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) : Prise en charge au minimum de 100% du ticket modérateur. Pour l'année 2020, le remboursement du renouvellement d'un équipement auditif par oreille n'est possible qu'au-delà d'un délai de 2 ans. A compter du 1er janvier 2021, conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, le remboursement du renouvellement d'un équipement auditif par oreille n'est possible qu'au-delà d'un délai de 4 ans. A compter du 1er janvier 2021, le remboursement de la Classe 2 est réglementairement plafonné à 1700€ / oreille.

(2) : Le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et 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) : Les grilles optiques prévoient des remboursements « par verre ». Conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai d'1an 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 une évolution de la vue. Le délai d'1 an n'est pas opposable aux assurés de moins de 16 ans en cas de renouvellement des verres justifié médicalement par une évolution de la vue. 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