

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ - ENSEMBLE DU PERSONNEL

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau de garanties repris ci-dessous.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale et sont limités aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré et ce, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article R.322-8 du code de la Sécurité sociale.

Les soins et frais indemnisés au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale.

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé ci-après.

FORMULE « BASE PRIME »

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	
	Secteur Conventiionné	Secteur Non Conventiionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	150 % BR	80 % des frais réels limité à 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Actes techniques médicaux (ATM),	150 % BR (médecins adhérents au CAS) 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % des frais réels limité à 150 % BR (médecins adhérents au CAS) 80 % des frais réels limité à 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)
Chambre particulière	1,5 % PMSS par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	Néant	
Transport (remboursé par la SS)	100 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes médicaux		
Généralistes (Consultation et visite)	100 % BR (médecins adhérents au CAS) 100 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Spécialistes (Consultation et visite)	150 % BR (médecins adhérents au CAS) 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % des frais réels limité à 100 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents au CAS) 100 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents au CAS) 100 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses	100 % BR	
Actes médicaux > 120 €		18 €
Actes médicaux non remboursés SS		
Densitométrie osseuse		Néant
Chirurgie réfractive (Myopie)		Crédit de 200 € par année civile et par oeil

**NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES
PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE⁽¹⁾**

NATURE DES FRAIS	Secteur Conventiéonné	Secteur Non Conventiéonné
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie	100 % BR	
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins anti-grippe	100 % FR	
Contraception prescrite	Crédit de 2,5 % PMSS par année civile	
Sevrage tabagique	Néant	
DENTAIRE		
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR	
Inlays simples et onlays et soins avec dépassement	110 % BR	
Prothèses dentaires remboursées SS (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR	
Prothèses dentaires remboursées SS (molaires)	200 % BR	
Inlay core et inlay core à clavettes	125 % BR	
Orthodontie acceptée SS	275 % BR	
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie		
Pose chirurgicale de l'implant	Néant	
Prothèses dentaires non remboursées SS		
Orthodontie refusée SS		
Orthopédie / Autres prothèses (remboursées SS)		
Prothèse auditive (y compris piles)	100 % BR + crédit de 5 % PMSS par année civile	
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	
OPTIQUE ⁽²⁾		
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 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 de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*), Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.		
* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié 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 en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.		
Monture adulte	RSS + forfait de 90 €	
Monture enfant	RSS + forfait de 50 €	
Verres	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽²⁾	
Lentilles acceptées par la SS	2 % PMSS	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 2 % PMSS par année civile	
CURE THERMALE (ACCEPTÉE SS)		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et d'hébergement	Néant	
MATERNITÉ		
Naissance d'un enfant déclaré	Forfait de 5 % PMSS	
Chambre particulière maternité	2 % PMSS par jour (dans la limite de 6 jours). Au-delà de 6 jours il sera fait application de l'indemnisation prévue au titre du poste chambre particulière en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité.	
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant	
ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006		
Ensemble des actes de prévention ⁽³⁾	100 % BR	

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

SS = Sécurité sociale

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale

RSS = Remboursement Sécurité sociale

FR = Frais réels

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

€ = Euros

CAS = Contrat d'accès aux soins prévu par la Convention nationale médicale (avenant n°8)

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Détail du poste optique :

ADULTE (> ou = 18 ans) CODE LPP	UNIFOCAUX/ MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	MONTANT PAR VERRÉ	ENFANT (< 18 ans) CODE LPP	UNIFOCAUX/ MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	MONTANT PAR VERRÉ
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	50 €	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	40 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	2243540 : verre blanc 2297441 : verre blanc 2243304 : verre teinté 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	95 €	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	85 €
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	55 €	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	45 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté		Cylindre < 4	< à -6 et > à +6	90 €	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté		Cylindre < 4	< à -6 et > à +6	80 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6 à +6	100 €	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6 à +6	90 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté		Cylindre > 4	< à -6 et > à +6	110 €	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté		Cylindre > 4	< à -6 et > à +6	100 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX		de -4 à +4	120 €	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX		de -4 à +4	110 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	< à -4 et > à +4	130 €	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	< à -4 et > à +4	120 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	130 €	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	120 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Tout Cylindre	< à -8 et > à +8	140 €	2234239 : verre blanc 229660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Tout Cylindre	< à -8 et > à +8	130 €

(3) Liste des actes de préventions :

- a. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.
- b. Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum.
- c. Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans.
- d. Dépistage de l'hépatite B.
- e. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 1. Audiométrie tonale ou vocale ;
 2. Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 3. Audiométrie vocale dans le bruit ;
 4. Audiométrie tonale et vocale ;
 5. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- f. Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans.
- g. Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 1. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 2. Coqueluche : avant 14 ans ;
 3. Hépatite B : avant 14 ans ;
 4. BCG : avant 6 ans ;
 5. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 6. Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 7. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.