

**TABLEAU DES GARANTIES AU 1er janvier 2021**

Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)

GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base	Base + Option 1	BASE + Option 2
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION : limite annuelle de 25% du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionnée (hors Ticket Modérateur)</b>			
Frais de séjour	200% BR	250% BR	300% BR
<b>Honoraires (signataires OPTAM/OPTAM CO (1))</b> Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM)	220% BR	220% BR	220% BR
<b>Honoraires (non signataires OPTAM/OPTAM CO (1))</b> Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	200% BR	200% BR
<b>Forfait Hospitalier</b>	100% FR	100% FR	100% FR
<b>Forfait actes lourds</b>	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière conventionnée de jour (y compris maternité)	100% FR limité à 0,75% PMSS par jour	100% FR limité à 1,5% PMSS par jour	100% FR limité à 1,5% PMSS par jour
Chambre particulière conventionnée de nuit (y compris maternité)	100% FR limité à 1,5% PMSS par nuit	100% FR limité à 3% PMSS par nuit	100% FR limité à 3% PMSS par nuit
Chambre particulière par jour : Non conventionnée (y compris maternité)	-	-	100% FR limité à 3% PMSS
Personne accompagnante : Conventionné	100% FR	100% FR	100% FR
Personne accompagnante : Non conventionné	-	-	100% FR
<b>FRAIS MEDICAUX</b>			
Consultation - visites : Généralistes signataires de l'OPTAM (1)	120% BR	140% BR	220% BR
Consultation - visites : Généralistes Non signataires de l'OPTAM (1)	100% BR	120% BR	200% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires OPTAM/OPTAM CO (1)	220% BR	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires OPTAM/OPTAM CO (1)	200% BR	200% BR	200% BR
Médecines douces : acupuncteurs, ostéopathes, psychologues (praticiens reconnus par les annuaires professionnels)	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 5 séances par an/bénéficiaire	50€/séance dans la limite de 5 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	1,5% PMSS	1,5% PMSS	3% PMSS
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	175% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	175% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires OPTAM/OPTAM CO (1)	145% BR	145% BR	220% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires OPTAM/OPTAM CO (1)	125% BR	125% BR	200% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires OPTAM/OPTAM CO (1)	120% BR	120% BR	195% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires OPTAM/OPTAM CO (1)	100% BR	100% BR	175% BR
Orthopédie et autres prothèses	175% BR	175% BR	275% BR
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**	Classe 1	Classe 2	Classe 1
	100% du PLV (2)	10% du PMSS par oreille	20% du PMSS par oreille
Transport accepté par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays/inlays**	170% BR	200% BR	250% BR
Orthodontie :	Classe 1	Classe 2	Classe 1
	Acceptée par la Ss	250% BR	250% BR
Refusée par la Ss	-	-	250% BR

Parodontologie	-			-			5% PMSS		
Implantologie (par an et par bénéficiaire)	-			12% PMSS			12% PMSS		
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :	Panier 100%	Panier maîtrisé		Panier 100%	Panier maîtrisé et panier libre (**)		Panier 100%	Panier maîtrisé et panier libre (**)	
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% du PLV (2)	370% BR	Dans la limite de 900€ par an et par bénéficiaire (3)	100% du PLV (2)	470% BR	Dans la limite de 1 250 € par an et par bénéficiaire (3)	100% du PLV (2)	470% BR	Dans la limite de 1 500 € par an et par bénéficiaire (3)
Dents du fond de bouche		270% BR			320% BR			370% BR	
Inlays-core		170% BR			200% BR			250% BR	
<b>OPTIQUE</b>									
<b>Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019</b>									
Verres**	Grille 1			Grille 2			Grille 3		
Monture adulte**									
Monture enfant**									
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS			6% PMSS			7% PMSS		
Chirurgie réfractive (par œil)	22% PMSS			22% PMSS			32% PMSS		
<b>ACTES DE PREVENTION</b>									
Tous les actes des contrats responsables	100% TM			100% TM			100% TM		
<b>ACTES DIVERS</b>									
Cures thermales acceptées par la Ss par an et par bénéficiaire (hors thalassothérapie)	-			10% PMSS			10% PMSS		
Ostéodensitométrie (par an et par bénéficiaire)	-			-			100 €		
Patchs anti-tabac (par an et par bénéficiaire)	2% PMSS			2% PMSS			4% PMSS		

Ss : Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

\* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

\*\* En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV (2) fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

(1) OPTAM : Médecins ayant adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM-CO pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

(2) PLV : Prix Limite de Vente conformément au 100% Santé

(3) Hors Panier 100% Santé Limite à 900 € (ou 1 250 € ou 1 500 €) par an et par bénéficiaire, au-delà la garantie appliquée est celle du décret n°2019-65 (125% BR), les devis prothétiques sont valables 6 mois.

(4) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(5) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII, la prise en charge est annuelle.