

Prestations en complément de la Sécurité sociale (SS)

**REMBOURSEMENTS**
**HOSPITALISATION Y COMPRIS MATERNITÉ**

Frais de séjour	Établissements conventionnés	100 % des frais réels - SS
	Établissements non conventionnés	90 % des frais réels - SS
Honoraires - Actes chirurgicaux	Médecins adhérents au DPTM	300 % BR
	Médecins non adhérents au DPTM	TM + 100 % BR
Transport pris en charge par le régime obligatoire		400 % BR
Forfait hospitalier		100 % des frais réels
Chambre particulière		3,50 % PMSS / jour
Forfait hospitalier		100 % des frais réels
Frais d'accompagnement		2,50 % PMSS / jour
Hospitalisation à l'étranger - régime obligatoire français		145 % BR

**LE + MATERNITÉ**

Procréation médicale assistée non prise en charge par le régime obligatoire	200 € / an / bénéficiaire
---	---------------------------

**SOINS COURANTS**

Pharmacie prescrite prise en charge par le régime obligatoire		TM
Consultations - visites généralistes et spécialistes	Médecins adhérents au DPTM	400 % BR
	Médecins non adhérents au DPTM	TM + 100 % BR
Auxiliaires médicaux		400 % BR
Examens - Analyses laboratoire - Radiologie - Petite chirurgie	Médecins adhérents au DPTM	400 % BR
	Médecins non adhérents au DPTM	TM + 100 % BR
Transport pris en charge par le régime obligatoire		400 % BR
Chiropratique et ostéopathie		50 € / séance / bénéficiaire Maxi 3 séances / an / bénéficiaire
Consultation diététique		28 € / an / bénéficiaire
Cures thermales Frais supplémentaires - Hébergement et transport		TM + 175 € / an / bénéficiaire

**APPAREILLAGE**

Prothèses orthopédiques		400 % BR
Appareillage auditif Forfait supplémentaire		250 % BR + 400 € / appareil / 3 ans

<b>OPTIQUE</b>	
Une paire de lunettes (1 monture maximum 150 € + 2 verres) tous les 2 ans sauf pour les enfants ou en cas d'évolution (tous les ans)	
a) verres simples, sphère ≤ -6 à +6, cylindre ≤ +4	470 €
b) 1 verre a) et 1 verre c)	610 €
c) verres simples, sphère > -6 à +6, cylindre > +4 ou à verres progressifs	750 €
d) 1 verre a) et 1 verre f)	660 €
e) 1 verre b) et 1 verre f)	800 €
f) verres adultes progressifs sphéro-cylindriques avec sphère hors zone de -8,0 à + 8,0 ou verres progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4,0 à +4,0	850 €
Lentilles prises en charge par le régime obligatoire	15 % PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles correctrices non prises en charge par le régime obligatoire	15 % PMSS / an / bénéficiaire
Traitement des corrections visuelles par chirurgie	450 € / an / bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>	
Soins conservateurs	TM
Inlays-onlays	400 % BR
Prothèses prises en charge par le régime obligatoire	400 % BR
Prothèses non prises en charge par le régime obligatoire	400 € / an / bénéficiaire
Parodontologie	200 € / an / bénéficiaire
Implantologie	350 € / an / bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime obligatoire	400 % BR
Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire	450 € / an / bénéficiaire
<b>PRÉVENTION</b>	
Tous les moyens de contraception et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire	60 € / an / bénéficiaire
Substituts nicotiques non remboursés	50 € / an / bénéficiaire
Service d'accompagnement diététique par internet	Inclus
Assistance / Info Santé Tiers-payant pharmacie - laboratoire - radio - hospitalisation et soins externes Tiers-payant optique (chez les partenaires Sévéane uniquement)	Inclus

SS : Sécurité sociale

DPTM : dispositif pratique tarifaire maîtrisé

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie

PMSS : plafond mensuel de Sécurité sociale (3 377 € en 2019)