

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

> ENSEMBLE DU PERSONNEL SALARIÉ

Prestations en complément de la Sécurité sociale (SS)	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
HOSPITALISATION Y COMPRIS MATERNITÉ			
Frais de séjour Établissements conventionnés	100 % des frais réels - SS	100 % des frais réels - SS	
Frais de séjour Établissements non conventionnés	90 % des frais réels - SS	90 % des frais réels - SS	
Honoraire Actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire)	100 % TM	DPTM*	NON DPTM*
		150% BR	100% BR
Frais de chambre particulière		2,5% PMSS par jour soit 85,70 € y compris maternité	4% PMSS par jour soit 137,12 € y compris maternité
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels	
Frais d'accompagnement d'un enfant (- 16 ans)		2% PMSS par jour soit 68,56 €	3% PMSS par jour soit 102,84 €
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % TM	100 % BR	
DÉPENSES MÉDICALES COURANTES			
Visites, consultations généralistes	100 % TM	DPTM*	NON DPTM*
Visites, consultations spécialistes		150% BR	100% BR
Radiologie		250% BR	100% BR
Actes techniques médicaux, actes d'échographie		150% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux		Médecine douce (ostéopathie, chiropractie acupuncture, microkinésithérapie)	
Analyses		30 € par séance max. 4 actes par an et par personne pour l'ensemble du poste	50 € par séance max. 4 actes par an et par personne pour l'ensemble du poste
Spécialités médicales non prises en charge par la SS		Consultation diététique (-12 ans) : 28 € par an et par enfant	
PHARMACIE			
Médicaments pris en charge par la SS Carte tiers-payant accordée	100 % TM	100 % TM	
Vaccins non remboursés par la SS mais prescrits par un médecin		25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Pharmacie non prise en charge par la SS sur prescription médicale		25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique		50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage, prothèses médicales et orthopédiques (hors optique, dentaire et aides auditives)	100% TM	150% BR	250% BR
AIDE AUDITIVE (prise en charge par la Sécurité Sociale)			
Equipements 100% Santé (dits de Classe I)	100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS, limitées aux Prix Limites de Vente (PLV)		
Appareil de Classe II	100% TM	100% TM + 350 € par prothèse	100% TM + 500 € par prothèse
Consommables, piles ou accessoires pris en charge par la SS		100% TM	100% TM
MATERNITÉ			
Forfait naissance		10 % PMSS, soit 342,80 €	15% PMSS, soit 514,20 €
CURE THERMALE (acceptée par la Sécurité sociale)			
Frais médicaux Frais de séjour et de transport		100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS dans la limite de 10% PMSS, soit 342,80 €	100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS dans la limite de 15% PMSS, soit 514,20 €

Prestations en complément de la Sécurité sociale (SS)	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM			
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé	100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS, limités aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)					
Soins (hors 100% Santé) :						
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	125 % BR	300 % BR	500 % BR			
Prothèses (hors 100% Santé) :						
Prothèses dentaires remboursées par la SS (prothèses, inlays, onlays, inlay-core)»						
Tarif limité	125% BR - SS limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)	300% BR - SS limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)	500% BR - SS limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)			
Tarif libre	125 % BR	300 % BR	500 % BR			
Prothèses non prises en charge par la SS	9% du PMSS, soit 308,52 € par an et par bénéficiaire	15 % du PMSS soit 514,20 € par an et par bénéficiaire	30 % du PMSS soit 1028,40 € par an et par bénéficiaire			
Actes de parodontologie :						
Pris en charge par la SS	125 % BR	300 % BR	500 % BR			
Non pris en charge par la SS		75 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire			
Orthodontie :						
Pris en charge par la SS	125 % BR	200 % BR	300 % BR			
Non pris en charge par la SS		200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée			
Implantologie :						
Pris en charge par la SS (prothèse sur implant et chirurgie sur implant)	125 % BR	200 % BR	300 % BR			
Non pris en charge par la SS (implant et support de prothèse)	50 € par implant	200 € par implant	300 € par implant			
OPTIQUE						
Limites de consommation : Les limites s'entendent à compter de la date d'achat du dernier équipement. - Adulte et enfant de + de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans, ramené à 1 équipement par an en cas d'évolution de défaut visuel - Enfant de - de 16 ans : 1 équipement tous les ans						
Equipement 100% Santé : Monture + Verres de Classe A»	100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS, limités aux Prix Limites de Vente (PLV)					
Equipement optique de Classe B : Monture + Verres de Classe B						
(a) Par équipement à verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	100 € par équipement	150 € par équipement	200 € par équipement			
(b) Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 € par équipement	200 € par équipement	300 € par équipement			
(c) Par équipement à verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	200 € par équipement	300 € par équipement	600 € par équipement			
(d) Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 € par équipement	200 € par équipement	300 € par équipement			
(e) Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 € par équipement	300 € par équipement	600 € par équipement			
(f) Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la phère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	200 € par équipement	300 € par équipement	600 € par équipement			
Pour l'application des montants indiqués ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €.						
Lentilles prises en charge par la SS Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables mais prescrites médicalement	3% PMSS, soit 102,84 €	5% PMSS, soit 171,40 €	7% PMSS, soit 239,96 €			
Chirurgie réfractive non prise en charge par la SS		7 % PMSS, soit 239,96 € pour chaque œil et par an	10 % PMSS, soit 342,80 € pour chaque œil et par an			
ASSISTANCE						
Accompagnement en cas de problème de santé : aide ménagère, garde d'enfants, soutien scolaire, etc.	INCLUS 7j/7 et 24h/24 Téléphone : 01 41 85 92 34					
ACTES DE PRÉVENTION						
En application de l'article R. 871-2 I du Code de la Sécurité sociale						