

→ Tableau des garanties santé hors Alsace-Moselle à compter du 1^{er} janvier 2018

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime de base	Hors remboursement du régime de base
FRAIS MÉDICAUX		
• Consultation d'un généraliste	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires généralistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Consultation d'un spécialiste	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires spécialistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	240 % BR	340 % BR
• Analyses, examens de laboratoire ⁽⁴⁾	de 0 % BR à 40 % BR	de 0 % BR à 40 % BR
• Radiologie, actes techniques	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires pour radiologie, actes techniques :		
– Adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	De 65 % BR à 30 % BR	De 65 % BR à 30 % BR
• Consultations médecines douces (Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Ostéopathe, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Etiopathe, Homéopathe, Acupuncteur)	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire
PHARMACIE		
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	35 % BR	35 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	70 % BR	70 % BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	85 % BR	85 % BR
• Vaccins non remboursés par le régime de base	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
HOSPITALISATION		
• Frais de séjour	220 % BR	320 % BR
• Frais de soins	de 0 % BR à 20 % BR	de 0 % BR à 20 % BR
Dépassements d'honoraires :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	100 % FR dès le 1 ^{er} jour	100 % FR dès le 1 ^{er} jour
• Chambre particulière (hospitalisation et maternité)	60 €/jour	60 €/jour
• Frais d'accompagnement (enfant de moins de 15 ans)	45 €/jour	45 €/jour
• Transports remboursés par le régime de base	235 % BR	335 % BR
• Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
MATERNITÉ		
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽³⁾	10 % PMSS	12 % PMSS
PSYCHIATRIE		
• Chambre particulière (psychiatrie)	60 €/jour limité à 60 €/an	60 €/jour limité à 60 €/an
CURES THERMALES		
• Honoraires ⁽⁴⁾		
• Forfait thermal	10 % PMSS	12 % PMSS
• Frais balnéaires remboursés par le régime de base		

→ Tableau des garanties santé hors Alsace-Moselle à compter du 1^{er} janvier 2018

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime de base	Hors remboursement du régime de base
OPTIQUE		
• Lentilles remboursées ou non par le régime de base	de 0 % BR ou 40 % BR + 10 % PMSS	de 0 % BR ou 40 % BR + 12 % PMSS
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	250 €/œil	250 €/œil
Adulte		
• Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les personnes dont la vue évolue.	Remboursement monture limité à 150 €	Remboursement monture limité à 150 €
• Verre simple	100 €/verre	125 €/verre
• Verre complexe et très complexe	150 €/verre	250 €/verre
Enfant de moins de 18 ans		
• Monture, verres : un équipement tous les ans (à compter de la date d'acquisition)	Remboursement monture limité à 120 €	Remboursement monture limité à 150 €
• Verre simple	100 €/verre	125 €/verre
• Verre complexe et très complexe	150 €/verre	250 €/verre
DENTAIRE		
• Frais de soins	230 % BR	330 % BR
• Prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée)	330 % BR	430 % BR
• Prothèses dentaires (molaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée)	280 % BR	380 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	322,50 €/an/bénéficiaire	430 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	200 % BR	300 % BR
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	700 €/an/bénéficiaire	900 €/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE		
• Gros appareillage (prothèses orthopédiques, auditives, etc.)	335 % BR	435 % BR
• Fournitures médicales, petit appareillage, pansements	235 % BR	335 % BR
• Prothèses auditives remboursées par le régime de base	335 % BR	435 % BR
ASSISTANCE		
	inclus	inclus

→ Tableau des garanties santé Alsace-Moselle à compter du 1^{er} janvier 2018

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime local	Hors remboursement du régime local
FRAIS MÉDICAUX		
• Consultation d'un généraliste	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires généralistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Consultation d'un spécialiste	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires spécialistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	210 % BR	310 % BR
• Analyses, examens de laboratoire ⁽⁴⁾	de 0 % BR à 10 % BR	de 0 % BR à 10 % BR
• Radiologie, actes techniques	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires pour radiologie, actes techniques :		
– Adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	de 65 % BR à 10 % BR	de 65 % BR à 10 % BR
• Consultations médecines douces (Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Ostéopathe, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Etiopathe, Homéopathe, Acupuncteur)	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire
PHARMACIE		
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	10 % BR	10 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	20 % BR	20 % BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	85 % BR	85 % BR
• Vaccins non remboursés par le régime de base	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire

→ **Tableau des garanties santé Alsace-Moselle à compter du 1^{er} janvier 2018**

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime local	Hors remboursement du régime local
HOSPITALISATION		
• Frais de séjour	200 % BR	300 % BR
• Frais de soins	-	-
Dépassements d'honoraires :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	-
• Chambre particulière (hospitalisation et maternité)	60 €/jour	60 €/jour
• Frais d'accompagnement (enfant de moins de 15 ans)	45 €/jour	45 €/jour
• Transports remboursés par le régime de base	200 % BR	300 % BR
• Forfait actes lourds	-	-
MATERNITÉ		
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽³⁾	10 % PMSS	12 % PMSS
PSYCHIATRIE		
• Chambre particulière (psychiatrie)	60 €/jour limité à 60 €/an	60 €/jour limité à 60 €/an
CURES THERMALES		
• Honoraires ⁽⁴⁾		
• Forfait thermal	10 % PMSS	12 % PMSS
• Frais balnéaires remboursés par le régime de base		
OPTIQUE		
• Lentilles remboursées ou non par le régime de base	De 0 % ou 10 % BR + 10 % PMSS	De 0 % ou 10 % BR + 12 % PMSS
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	250 €/œil	250 €/œil
Adulte		
• Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les personnes dont la vue évolue.	Remboursement monture limité à 150 €	Remboursement monture limité à 150 €
• Verre simple	100 €/verre	125 €/verre
• Verre complexe et très complexe	150 €/verre	250 €/verre
Enfant de moins de 18 ans		
• Monture, verres : un équipement tous les ans (à compter de la date d'acquisition)	Remboursement monture limité à 120 €	Remboursement monture limité à 150 €
• Verre simple	100 €/verre	125 €/verre
• Verre complexe et très complexe	150 €/verre	250 €/verre
DENTAIRE		
• Frais de soins	200 % BR	300 % BR
• Prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée)	310 % BR	410 % BR
• Prothèses dentaires (molaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée)	260 % BR	360 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	322,50 €/an/bénéficiaire	430 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	200 % BR	300 % BR
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	700 €/an/bénéficiaire	900 €/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE		
• Gros appareillage (prothèses orthopédiques, auditives, etc.)	300 % BR	400 % BR
• Fournitures médicales, petit appareillage, pansements	200 % BR	300 % BR
• Prothèses auditives remboursées par le régime de base	300 % BR	400 % BR
ASSISTANCE	inclus	inclus

BR : Base de Remboursement ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; **FR** : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même Code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

(3) Y compris pour l'adoption, versée après demande du régime de base sur justificatif.

(4) Se référer aux dépassements d'honoraires spécialistes adhérents ou non aux DPTM.

→ Tableau des garanties assistance - ensemble du personnel

La garantie assistance comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile de l'assuré pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à une maladie, à un accident ou à un décès. Elle est mise en œuvre selon les conditions prévues dans le tableau ci-dessous.

Événement/besoin	Prestations	Limites de la prise en charge
Hospitalisation ou décès d'un assuré	Frais de retour anticipé Mise en relation avec un ambulancier	Billet aller simple train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe touriste
Incapacité temporaire d'un assuré⁽¹⁾	Frais de transport d'un proche Et, en cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche OU Frais d'une aide ménagère pour l'assuré ou pour le conjoint ⁽²⁾ resté seul OU Frais de portage de plateaux-repas et livraisons de médicaments	Billet aller-retour train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € TTC Pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € TTC par nuit et de 230 € TTC pour l'ensemble de la dépense OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures OU Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 15 portages de repas et de 2 livraisons de médicaments
Incapacité temporaire ou retour d'hospitalisation d'un assuré de 60 ans et plus⁽³⁾	Mise à disposition d'un dispositif de téléassistance 24 h/24	Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 2 mois
Incapacité temporaire d'un assuré avec des enfants de moins de 15 ans⁽¹⁾	Frais de garde des enfants OU Frais de transport quotidien à l'école OU Frais de transport chez un proche	Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 20 heures au total OU Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 5 jours au total OU Billet aller-retour train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € TTC
Incapacité temporaire d'un enfant assuré de moins de 18 ans⁽¹⁾	Frais de transport d'un proche Et, en cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche OU Frais de garde OU Frais de soutien scolaire	Billet aller-retour de train 1 ^{ère} classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € TTC Pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € TTC par nuit, l'ensemble n'excédant pas 230 € TTC OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 1 mois (hors vacances scolaires), à raison de 3 heures consécutives par jour
Incapacité temporaire d'un assuré avec des animaux⁽¹⁾	Frais des soins apportés par un voisin OU Frais de transport vers une pension animalière	Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 8 € TTC par jour et pendant 10 jours OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 305 € TTC

(1) L'une des prestations de cet événement est accordée 2 fois par an et par adhérent.

(2) Ou pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que l'assuré.

(3) La prestation de cet événement est accordée une fois par an et par adhérent.

(4) L'une des prestations de cet événement est accordée une fois par an et par enfant assuré.