

# Garanties conventionnelles du régime frais de santé

## Garanties en complément de la Ss sauf pour l'optique

HOSPITALISATION <sup>(1)</sup> (En établissement conventionné ou non)		
Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % TM
	En établissement non conventionné	100 % TM
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>		100 % DE
Non remboursée par la Sécurité sociale		sans limitation de durée
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE
Chambre particulière <sup>(3)</sup>	y compris maternité	1,3 % PMSS / jour
Non remboursée par la Sécurité sociale		
Lit d'accompagnant <sup>(3)</sup>	Bénéficiaire dont l'âge est < à 15 ans	1,3 % PMSS par nuitée
Non remboursé par la Sécurité sociale		
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer <sup>(5)</sup>
Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	300 % du montant remboursé par la SS 300 % du montant remboursé par la SS 86 € par acte
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires non remboursées* par la Sécurité sociale (par acte) * Liste des prothèses non remboursées définie aux Conditions Générales	300 % du montant remboursé par la SS 300 % du montant remboursé par la SS 226 € /acte
Implant	Implantologie	452 € / implant
Orthodontie	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire limité à 4 semestres	300 % du montant remboursé par la SS 406 € par semestre
OPTIQUE <sup>(7)</sup> Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16 <sup>e</sup> anniversaire (hors situations médicales particulières pour les verres précisées dans les CG)		
Équipement 100 % Santé** (classe A****)	y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer <sup>(6)</sup> sans reste à payer <sup>(6)</sup> sans reste à payer <sup>(6)</sup>
Équipement autre que 100 % Santé (classe B****)	par verre ****	Selon la grille optique
Maximum 100 € y compris remboursement de la Sécurité sociale pour la monture	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans****	100 € ****
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	65 € ****
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	Définies dans les CG	100 % BR dans la limite des PLV
Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	100 % TM + 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (par oreille)		
Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 % TM
À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (classe I****)		sans reste à payer <sup>(6)</sup>
Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	100 % TM
Accessoires et fournitures		100 % TM
SOINS COURANTS (auprès d'un professionnel conventionné ou non)		
Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne		
Chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Ostéodensitométrie osseuse		100 % TM
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % TM
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR <sup>(4)</sup>	100 % TM
Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100 % TM
Médicaments	remboursés par la sécurité sociale	100 % TM
PREVENTION		
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale <sup>(8)</sup>		Pris en charge

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.  
 TM = Ticket Modérateur: différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire.  
 PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377€).  
 \* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique): en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. \*\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.  
 \*\*\*\* Voir la liste réglementaire des options des listes A et des listes B dans les Conditions générales. \*\*\*\* Voir la liste réglementaire des options des listes I et des listes II dans les Conditions générales.  
 \*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.  
 (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité. (2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.  
 (4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier. (5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales. (7) La période de renouvellement n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. (8) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

## Grille optique

Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement assureur y compris le remboursement de la Sécurité sociale Montant en € par verre	
			par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	65 €	45 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 €	70 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	75 €	55 €
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	95 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	75 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	130 €	90 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	140 €	100 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	140 €	100 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	160 €	120 €
		SPH > 0 et S > + 8	160 €	120 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	160 €	120 €

\*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

## Cotisations Frais de santé 2020

L'employeur doit souscrire le régime de base conventionnelle obligatoire. Il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à une option ou des options pour l'ensemble des salariés.

Régime de base	Régime général	Régime Alsace Moselle
Cotisation famille	77 €	43 €

Options La cotisation des options s'ajoute au régime de base	Régime général	Régime Alsace Moselle
Option M1	4,23 €	2,98 €
Option O1	7,10 €	5,15 €
Option D1	6,70 €	5,90 €
Option H1	6,53 €	4,86 €
Option M2	8,88 €	6,41 €
Option O2	9,69 €	9,43 €
Option D2	12,55 €	11,25 €
Option H2	7,10 €	5,02 €
Option H3	9,63 €	7,25 €



# Modules optionnels

En complément des prestations de la Sécurité sociale et des garanties prévues par le régime conventionnel, sauf pour les forfaits du poste optique qui s'entendent y compris les prestations du régime conventionnel. De plus les forfaits verres et montures s'entendent y compris les prestations de la Sécurité Sociale. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

		OPTION H1	OPTION H2	OPTION H3
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup> (En établissement conventionné ou non)</b>				
Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % BR	180 % BR	180 % BR
	En établissement non conventionné	100 % BR	180 % BR	180 % BR
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	180 % BR	180 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière <sup>(3)</sup> Non remboursée par la Sécurité sociale	y compris maternité	0,7 % PMSS / jour		1,7 % PMSS / jour
Lit d'accompagnant <sup>(3)</sup> Non remboursé par la Sécurité sociale	Bénéficiaire dont l'âge est < à 15 ans - par nuité	0,7 % PMSS / nuitée		1,7 % PMSS / nuitée

		OPTION D1	OPTION D2
<b>DENTAIRE</b>			
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	60% du montant remboursé par la SS	130% du montant remboursé par la SS
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	60% du montant remboursé par la SS	130% du montant remboursé par la SS

		OPTION O1	OPTION O2
<b>OPTIQUE <sup>(7)</sup> Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16<sup>e</sup> anniversaire (hors situations médicales particulières pour les verres précisées dans les CG)</b>			
Équipement autre que 100 % Santé (classe B***) Maximum 100 € y compris remboursement de la Sécurité sociale pour la monture	par verre *****	Selon la grille optique	Selon la grille optique
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	100 € *****	100 € *****
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	84,5 € *****	97,5 € *****
Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	100 % TM + 6,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	100% TM + 7,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire

		OPTION M1	OPTION M2
<b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (par oreille)</b>			
Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		100 % BR
À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		100 % BR
Accessoires et fournitures			100 % BR

<b>SOINS COURANTS (auprès d'un professionnel conventionné ou non)</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>			
Chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	70 % BR	100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	50 % BR	80 % BR
Chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	70 % BR	100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	50 % BR	80 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b>			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		80 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b>			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		80 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Analyses et examens de laboratoire	Auxiliaires médicaux		100 % BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique		100 % BR

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.  
 TM = Ticket Modérateur: différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire.  
 PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377€).

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique): en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.amiel.fr](http://annuaire.sante.amiel.fr) est à la disposition de tous.

\*\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options des listes A et des listes B dans les Conditions générales.

\*\*\*\* Voir la liste réglementaire des options des listes I et des listes II dans les Conditions générales.

\*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(7) La période de renouvellement n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.