

GRILLE DE GARANTIES - CCN REGIE DE QUARTIER 100% SANTE

PRESTATIONS	BASE CONVENTIONNELLE				OPTION HM RESPONSABLE *	PRECISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL			
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et Maternité)						
Honoraires, actes et soins						
- Médecins signataires DPTM**	80% ou 100% BR*	90% ou 70% BR*	170% BR*	+ 100% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.	
- Médecins non signataires DPTM	80% ou 100% BR	70% ou 50% BR	150% BR	+50% BR		
Séjours						
- Frais de séjour	80% ou 100% BR	420% ou 400% BR	500% BR			
- Forfait journalier hospitalier	Néant	100% FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	100% FR* limité au forfait réglementaire en vigueur			
- Chambre particulière	Néant	50 € par jour	50 € par jour	+30€ par jour		
- Frais d'accompagnement	Néant	20 € par jour	20 € par jour		Nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans inscrit au contrat. Sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement.	
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels		Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes et Spécialistes						
- Médecins signataires DPTM	70% BR	100% BR	170% BR	+ 100% BR	Option seulement pour les spécialistes	
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	80% BR	150% BR	+50% BR		
Honoraires paramédicaux						
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60% BR	90% BR	150% BR			
Analyses et examens de laboratoire						
- Remboursés par l'AMO	60% BR	90% BR	150% BR			
Actes d'imagerie médicale (ADI) et d'échographie (ADE)						
- Médecins signataires DPTM	70% BR	100% BR	170% BR			
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	80% BR	150% BR			
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)						
- Médecins signataires DPTM	70% BR	100% BR	170% BR	+ 100% BR		
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	80% BR	150% BR	+50% BR		
Médicaments						
- Médicaments à Service Médical Rendu** important	65% BR	35% BR	100% BR			
- Médicaments à Service Médical Rendu** modéré	30% BR	70% BR	100% BR			
- Médicaments à Service Médical Rendu** faible	15% BR	85% BR	100% BR			

PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION HM RESPONSABLE *	PRECISIONS
		ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL		
SOINS COURANTS (suite)					
Pharmacie					
- Pharmacie (hors médicaments) remboursée par l'AMO	RSS*	TM*	100% BR		
- Contraceptifs prescrits et non remboursés par l'AMO	Néant	30 €	30 €		Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Matériel médical					
- Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques)	60% BR ou 100% BR	40% BR ou 0% BR	100% BR	+ 100% BR	
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels		Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
Transport remboursé par l'AMO	65% BR	35% BR	100% BR		
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	70% BR	30% BR	100% BR		
Orthodontie remboursée par l'AMO	70% BR ou 100% BR	230% BR ou 200% BR	300% BR		
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)					
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					
- Panier 100% santé	70% BR	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	RSS* + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*		Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Soins et prothèses hors 100% santé					
Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					
Panier à honoraires maîtrisés					
- Inlays onlays	70% BR	30% BR dans la limite des HLF	100% BR dans la limite des HLF		Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Inlay cores	70% BR	130% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	+ 100% BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70% BR	130% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	+ 100% BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Panier à honoraires libres					
- Inlays onlays	70% BR	30% BR	100% BR		
- Inlay cores	70% BR	130% BR	200% BR		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70% BR	130% BR	200% BR		

PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION HM RESPONSABLE *	PRECISIONS
		ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL		
DENTAIRE (suite)					
Actes non remboursés par l'AMO					
- Soins et prothèses	Néant	250 €	250 €	+150 € Par An et par Bénéficiaire	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour des actes codés dans la CCAM* et ayant une base de remboursement sécurité sociale.
- Parodontologie	Néant	150 €	150 €		Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Implants dentaires	Néant	250 €	250 €	+200 € Par An et par Bénéficiaire	Forfait par année civile et par bénéficiaire Comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe: scanner, pilier, ...
- Orthodontie	Néant	387 €	387 €		Forfait par semestre et par bénéficiaire. Jusqu'au 18 ans du bénéficiaire.
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).					
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Equipements 100% santé (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente					
- Monture	60% BR	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*		
- Verres (tous types de correction)	60% BR				
- Prestations d'appairage	60% BR				
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres					
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins					
- Monture	60% BR	90 € moins 60% BR	90 €	+10€/Monture	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris ticket modérateur.
- Verre simple	60% BR	50 € moins 60% BR	50 €	+20€/Verre	
- Verre complexe unifocal	60% BR	55 € moins 60% BR	55 €	+20€/Verre	
- Verre complexe multifocal ou progressif	60% BR	90 € moins 60% BR	90 €	+50€/Verre (yc TM)	
- Verre très complexe	60% BR	90 € moins 60% BR	90 €	+50€/Verre (yc TM)	
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins					
- Monture	60% BR	40 € moins 60% BR	40 €	+30€/Monture (yc TM)	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris ticket modérateur.
- Verre simple	60% BR	30 € moins 60% BR	30 €	+30€/Verre (yc TM)	
- Verre complexe unifocal	60% BR	80 € moins 60% BR	80 €	+30€/Verre (yc TM)	
- Verre complexe multifocal ou progressif	60% BR	80 € moins 60% BR	80 €	+30€/Verre (yc TM)	
- Verre très complexe	60% BR	80 € moins 60% BR	80 €	+30€/Verre (yc TM)	
Autres prestations sur verres et monture (dont filtres, prismes, verres iséïoniques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	60% BR	40% BR	100% BR		
Lentilles					
- Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR + 100 €	100% BR + 100 €		Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO	Néant	100 €	100 €		Y compris les lentilles jetables. Forfait par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	400 €	400 €		Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie. Forfait par œil, par année civile et par bénéficiaire

PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION HM RESPONSABLE *	PRECISIONS
		ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL		
AIDES AUDITIVES					
JUSQU'AU 31/12/2020					
Aides auditives remboursées par l'AMO					
- Aides auditives	60% BR	140% BR	200% BR	+100% BR	
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	40% BR	100% BR		
A COMPTER DU 01/01/2021					
Équipement 100% santé Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente					
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60% BR	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*		Ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60% BR				
Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres					
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60% BR	60% BR	120% BR	+100% BR	Ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60% BR	120% BR	200% BR	+100% BR	
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	40% BR	100% BR		
PREVENTION ET BIEN ETRE					
Actes de prévention	RSS	TM	100% BR		Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe	Néant	60 €	60 €	+40€ par An et par Bénéficiaire	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

* Remboursement en complément de la CCN Régie de quartier (Prestations y compris les prestations versées par la Sécurité sociale)

** Abréviations: AMO: Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / BR: Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux / DPTM: Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / FR: Frais réels. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / HLF: Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / PLV: Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire. / RSS : Remboursement de l'AMO = montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. / TM: Ticket Modérateur