

GARANTIES AU 1^{er} JANVIER 2019

En déduction des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrat responsable ».

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM (secteur 1 ou 2) ⁽¹⁾	100% de la BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	100 % de la BR
Frais de séjour	100% de la BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Régime particulier	-
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	32 € par jour
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽²⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % de la BR
Actes médicaux (secteur 1 ou 2 ou non conventionné) / Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ⁽²⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % de la BR
Frais d'analyses ou de laboratoire	100 % de la BR
PHARMACIE	
Pharmacie PH7 (vignette blanche) remboursée par le Régime obligatoire	100 % TFR
DENTAIRE	
PRESTATIONS	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	100 % BR + 40 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire	60 % de la BR (sur base du SPR 50)
Actes hors nomenclature	70 % des FR dans la limite des actes hors nomenclatures de la Sécurité Sociale
Prothèse amovible métal ou résine	200 % de la BR
SOINS INOPINES	
Dans les pays membres de l'espace économique européen	100 % de la BR
ORTHOPEDIE-PROTHESES DIVERSES	
Prothèses auditives	540 €
EQUIPEMENT OPTIQUE* (tous les 2 ans)	
Monture forfait	60 €
Verres simples ⁽³⁾	300 % de la BR
Verres complexes et très complexes ⁽⁴⁾	600 % de la BR

Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an /bénéficiaire	200 % de la BR
Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale	200 % de la BR
Prothèse oculaire	336 €
MATERNITE	
Chambre particulière	-
Forfait naissance ou adoption	-
CURE THERMALE une fois par an hors prescription au titre de la législation accidents du travail/maladie Pro	
Forfait pour l'assuré ou pour un bénéficiaire effectuant seul une cure	96 €
Forfait pour le conjoint de l'assuré **	46 €
Forfait pour un enfant de l'assuré **	31 €
ALLOCATIONS OBSEQUES	
En cas de décès du conjoint ou d'un enfant de l'assuré (conjoint et enfant doivent impérativement être du régime minier)	1 410 €
ACTES DE PREVENTION	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention présent dans l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. ⁽⁵⁾	75 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.

(2) Ne sont pas pris en charge la majoration forfaitaire du ticket modérateur et le dépassement d'honoraires autorisé pour les médecins spécialistes du secteur 1, dont les montants sont définis par décret.

(3) Verres simples=verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(4) Verres complexes=verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes=verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère hors zone de -4,00 à +4,00.

* Pour les adultes (+18 ans), remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle.

** Sous réserve que l'assuré effectue également une cure dans le même établissement situé dans un rayon de 50 km.

(5) Les 7 actes de prévention sont définis par l'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 :

- 1- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire.
- 2- Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum).
- 3- Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4- Dépistage hépatite B

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

MR : Montant remboursé par le régime obligatoire

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité Sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	COTISATIONS TRIMESTRIELLES
ISOLE	43.66 €
FAMILLE	99.48 €