

Garanties du régime frais de santé

Formule 1
(Base minimum
conventionnel)

Formule 2
(Base
+ option 1)

Formule 3
(Base
+ option 2)

Remboursement total dans la limite des frais réels sous
déduction de la Sécurité sociale en dehors des forfaits en €

FRAIS D'HOSPITALISATION

Chirurgie - Hospitalisation - Frais de séjour (conventionné)	100% BR	125% BR	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (CAS) ⁽¹⁾	120% BR	125% BR	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (non CAS)	100% BR	105% BR	130% BR
Forfait hospitalier	100% du forfait réglementaire en vigueur sans limitation de durée, actuellement : 18 € / jour		
Chambre particulière par jour (conventionnée)	non couverte	0,75% du PMSS	1,25% du PMSS
Forfait actes lourds	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €		
Personne accompagnante (conventionnée)	non couverte	0,75% du PMSS	1,25% du PMSS

FRAIS MÉDICAUX

Consultations - visites généralistes (CAS)	120% BR	120% BR	120% BR
Consultations - visites généralistes (non CAS)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites spécialistes (CAS)	120% BR	125% BR	150% BR
Consultations - visites spécialistes (non CAS)	100% BR	105% BR	130% BR
Pharmacie	100% BR (sauf médicaments à SMR faible remboursés à 15%)	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couvert	non couvert	20 €/an/bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	125% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	125% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	120% BR	125% BR	150% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) (non CAS)	100% BR	105% BR	130% BR
Radiologie (CAS)	120% BR	125% BR	150% BR
Radiologie (non CAS)	100% BR	105% BR	130% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	125% BR	150% BR
Prothèses capillaires	100% BR	100 €/an/bénéficiaire minimum TM	200 €/an/bénéficiaire minimum TM
Prothèses auditives	100% BR	250 €/oreille minimum TM	500 €/oreille minimum TM
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR

DENTAIRE

Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	125% BR	150% BR
Orthodontie acceptée par la Ss	125% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie refusée par la Ss	non couverte	non couverte	non couverte
Prothèses dentaires : 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire, et au-delà, la garantie égale à celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR)			
Remboursées par la Ss : dents du sourire ⁽²⁾	125% BR	200% BR	250% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	125% BR	150% BR	200% BR
Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Parodontologie	non couverte	non couverte	non couverte
Implantologie	non couverte	non couverte	non couverte

OPTIQUE

Verres / monture adulte et enfant de - de 18 ans ⁽³⁾	80 €/verre 40 €/monture	Grille optique 1	Grille optique 2
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	TM	100 €/an /bénéficiaire (minimum TM)	150 €/an /bénéficiaire (minimum TM)
Chirurgie réfractive	non couverte	250 €/œil	500 €/œil

CURES THERMALES, MÉDECINES DOUCES, PRÉVENTION...

Cures thermales acceptées par la Ss (hors thalassothérapie)	non couverte	100% BR	100% BR
Médecines douces (Ostéopathie, étiopathie, acupuncture)	non couverte	non couverte	non couverte
Ostéodensitométrie osseuse	non couverte	non couverte	non couverte
Acte de prévention (actes contrats responsables)	TM	TM	TM
Patch anti-tabac	non couvert	non couvert	non couvert

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement

(1) CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

(2) Dents du sourire : ce sont les Incisives - Canines - Premières Premolaires

Ces dents correspondent au numéro de dent 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44

(3) Conformément au Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

Grilles Optiques

Remboursement ⁽³⁾ de l'assureur par verre (hors Ss). Type de Verre selon correction	Grille optique n° 1		Grille optique n° 2	
	Enfants < 18 ans	Adultes	Enfants < 18 ans	Adultes
Pour les verres simple Foyer, Sphérique	de 50 € à 75 €	de 70 € à 90 €	de 60 € à 80 €	de 80 € à 100 €
Pour les verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques	de 60 € à 90 €	de 80 € à 110 €	de 70 € à 100 €	de 90 € à 120 €
Pour les verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques	de 110 € à 120 €	de 140 € à 150 €	de 110 € à 120 €	de 150 € à 160 €
Pour les verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro cylindriques	de 110 € à 120 €	de 150 € à 160 €	de 110 € à 120 €	de 160 € à 170 €
Monture	50 €	75 €	75 €	100 €

(3) Conformément au Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

Exemples de remboursement

	Dépense engagée	Base de Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la sécurité sociale	Montant restant à votre charge		
				Formule 1 (Base minimum conventionnel)	Formule 2 (Base + option 1)	Formule 3 (Base + option 2)
Consultation chez un spécialiste (non CAS)	35,00 €	23,00 €	15,10 €	13,00 €	11,85 €	6,10 €
Une monture adulte	120,00 €	2,84 €	1,70 €	78,30 €	43,30 €	18,30 €
2 verres simples adultes faible correction (sphère de -6 à +6)	195,00 €	4,58 €	2,75 €	32,25 €	52,25 €	32,25 €
2 verres progressifs adulte forte correction (sphère <-8 ou >+8)	350,00 €	14,64 €	8,78 €	181,22 €	21,22 €	1,22 €
Une monture enfant	100,00 €	30,49 €	18,29 €	41,71 €	31,71 €	6,71 €
2 verres simples enfant faible correction (sphère de -6 à +6)	195,00 €	12,04 €	7,22 €	27,78 €	87,78 €	67,78 €
Une couronne céramo-céramique (dent du sourire)	500,00 €	107,50 €	75,25 €	365,63 €	285,00 €	231,25 €

Taux de cotisation des actifs (En % du PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

L'employeur doit souscrire la base conventionnelle obligatoire (Formule 1), il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à une option (Formule 2 ou Formule 3) pour l'ensemble des salariés.

Le salarié a la possibilité d'étendre à ses ayants droit et/ou renforcer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

	Adhésion obligatoire de l'entreprise (3 choix possibles)	
	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Formule 1	0,91 %	0,50 %
Formule 2	1,11 %	0,70 %
Formule 3	1,34 %	0,93 %

Amélioration des garanties au choix du salarié (facultatif)	
Option 1	Option 2
+ 0,22 %	+ 0,50 %
	+ 0,28 %

	Extension aux ayants droits de la couverture mise en place par l'employeur pour ses salariés			
	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conjoint	Enfants	Conjoint	Enfants
Formule 1	1,02 %	0,63 %	0,56 %	0,34 %
Formule 2	1,24 %	0,73 %	0,78 %	0,44 %
Formule 3	1,51 %	0,84 %	1,05 %	0,55 %

Extension aux ayants droits des améliorations de garanties choisies par le salarié			
Option 1		Option 2	
Conjoint	Enfants	Conjoint	Enfants
+ 0,24 %	+ 0,11 %	+ 0,55 %	+ 0,25 %
		+ 0,31 %	+ 0,14 %