

FACILITER L'ACCÈS DE VOS SALARIÉS AUX SOINS MÉDICAUX

Le tableau des garanties et prestations en vigueur au 01/01/2019.

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés		
	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1 Y compris le remboursement de la base obligatoire	OPTION 2 Y compris le remboursement de la base obligatoire
HONORAIRES MEDICAUX			
CONSULTATIONS – VISITES généralistes	100 % de la BR	170 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM	220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM
CONSULTATIONS – VISITES spécialistes	170 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM
ANALYSES	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR
AUXILIAIRES MEDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes)	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire	100 % de la BR	220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM
RADIOLOGIE actes d'imagerie - d'échographie	100 % de la BR	220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	100 % de la BR	220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM
PHARMACIE	100 % de la BR		
VACCINS non pris en charge par la Sécurité sociale (mais prescrits)	20 € par année civile et par bénéficiaire	50 € par année civile et par bénéficiaire	100 € par année civile et par bénéficiaire
DENTAIRE - Plafond prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : 15 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire (au-delà de ce plafond, les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 125 % de la BR).			
SOINS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
PROTHESES DENTAIRES prises en charge par la Sécurité sociale	250 % de la BR	270 % de la BR	300 % de la BR
PROTHESES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité sociale mais inscrites à la nomenclature	125 % de la BR reconstituée	270 % de la BR reconstituée	300 % de la BR reconstituée
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	150 % de la BR	270 % de la BR	300 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	300 € par année civile et par bénéficiaire
OPTIQUE - 1 équipement (monture + 2 verres) - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. ²			
ÉQUIPEMENT pris en charge par la Sécurité sociale			
Monture	63 € par bénéficiaire	95 € par bénéficiaire	127 € par bénéficiaire
2 verres simples*	174 € par bénéficiaire	238 € par bénéficiaire	317 € par bénéficiaire
1 verre simple et 1 verre complexe ou hyper complexe*	206 € par bénéficiaire	270 € par bénéficiaire	349 € par bénéficiaire
2 verres complexes ou hyper complexes*	238 € par bénéficiaire	301 € par bénéficiaire	380 € par bénéficiaire
LENTILLES Y COMPRIS JETABLES	100 % de la BR	100 % de la BR + 3 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire	100 % de la BR + 3 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés		
	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1 Y compris le remboursement de la base obligatoire	OPTION 2 Y compris le remboursement de la base obligatoire
PROTHESES MEDICALES			
ORTHOPEDIE ET AUTRES PROTHESES NON DENTAIRES petits et gros appareillages	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
PROTHESES AUDITIVES	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
HOSPITALISATION MEDICALE - CHIRURGICALE ET MATERNITE			
FRAIS DE SEJOUR	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHESIE ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTETRIQUE	100 % de la BR	220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM
FORFAIT HOSPITALIER	Frais réels Y compris pour les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et dans la limite de 90 jours par année civile en secteur non conventionné.		
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	Frais réels		
CHAMBRE PARTICULIERE MEDECINE – CHIRURGIE – MATERNITE	2 % du PMSS par jour et par bénéficiaire	2,5 % du PMSS par jour et par bénéficiaire	3 % du PMSS par jour et par bénéficiaire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 15 ans	0,5 % du PMSS par jour dans la limite de 8 jours, par hospitalisation et par bénéficiaire	1 % du PMSS par jour et par bénéficiaire	2 % du PMSS par jour et par bénéficiaire
TRANSPORT TERRESTRE pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR		
ACTES DE PREVENTION CONTRAT RESPONSABLE - Arrêté du 08 juin 2006 ; cf détail des actes article 11 des conditions générales	Prise en charge de l'ensemble des actes au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % de la BR		
AUTRES ACTES DE PREVENTION			
SEVRAGE TABAGIQUE	50 € par année civile et par bénéficiaire	50 € par année civile et par bénéficiaire	50 € par année civile et par bénéficiaire
OSTEOPATHIE³	Néant	30 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire
PSYCHOLOGIE³	Néant	30 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire
PILULE non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	50 € par année civile et par bénéficiaire
ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDELIA		

Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Sur votre espace adhérent, vous pouvez trouver la valeur du PMSS en vigueur et une calculatrice pour obtenir le montant en euros. En secteur non conventionné, le cumul des remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200% du Tarif d'Autorité pour les lignes concernées par la distinction DPTM / Non DPTM. Pour les autres cas, les remboursements sont limités au pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée dans la limite des garanties indiquées dans le tableau ci-dessus.

1. Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins. Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée /Chirurgie - Obstétrique).

A noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

2. En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrant une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

* Définition des verres sur annuaire.sante.ameli.fr

3. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.