

## DESCRIPTIF DE PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits « contrats responsables » et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

GARANTIES	FRAIS PRIS EN CHARGE
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE/ CHIRURGICALE/ MATERNITÉ/ A DOMICILE/ ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS (soins de suite, réadaptation, psychiatrie)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Honoraires</li> <li>▪ Frais de séjour hospitalier</li> <li>▪ Chambre particulière (y compris ambulatoire) (1)</li> <li>▪ Lit accompagnant enfant - 15 ans (parent adhérent)</li> <li>▪ Forfait journalier hospitalier (y compris établissements psychiatriques) illimité</li> </ul>	100 % BRSS 100 % BRSS 35 €/ jour 15 €/ jour 100 % Frais réels
<b>SOINS COURANTS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Honoraires médicaux (consultation et visite)</li> <li>▪ Honoraires paramédicaux (kinésithérapeute, orthophonie, soins infirmiers, etc.)</li> <li>▪ Analyses et examens de laboratoire</li> <li>▪ Actes techniques médicaux</li> <li>▪ Médicaments pris en charge par le régime de base</li> <li>▪ Transport pris en charge par le régime de base</li> </ul>	100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100% BRSS 100% BRSS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matériel médical <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements et accessoires</li> <li>- Petit appareillage (2)</li> <li>- Grand appareillage (3)</li> <li>- Prothèse mammaire</li> <li>- Prothèse capillaire</li> </ul> </li> </ul>	100 % BRSS 150 % BRSS 250 % BRSS 100 % BRSS + 150 €/an 100 % BRSS + 125 €
<b>OPTIQUE (4)</b> Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte (5) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans. La prise en charge de la monture adulte au sein de l'équipement optique sera au maximum de 100 €	
<b>Equipements du panier 100% Santé* de Classe A</b>	100% Frais réels
<b>Prestations hors panier 100 % Santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipement optique (classe B) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monture + verres simples</li> <li>- Monture + verres complexes</li> <li>- Monture + verres très complexes</li> <li>- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe</li> <li>- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe</li> <li>- Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe</li> </ul> </li> <li>▪ Suppléments et prestations</li> <li>▪ Lentilles prises en charge par le régime de base</li> <li>▪ Lentilles prescrites non prises en charge par le régime de base</li> <li>▪ Opération laser</li> </ul>	310 € 550 € 680 € 430 € 495 € 615 € 100% BRSS 100 % BRSS + 150 €/ an 150 €/ an 50 % Frais réels <b>dans la limite de 420 €/ œil</b>

DENTAIRE		
Soins et prothèses du panier 100% Santé*		100% Frais réels
Soins et prestations hors panier 100% Santé		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation dentaire</li> <li>▪ Soins conservateurs</li> <li>▪ Prothèse fixe métallique</li> <li>▪ Prothèse fixe céramique</li> <li>▪ Prothèse fixe céramique « dents du sourire » (incisives, canines, prémolaires)</li> <li>▪ Prothèse amovible résine</li> <li>▪ Prothèse amovible métallique (6)</li> <li>▪ Prothèse transitoire</li> <li>▪ Réparations sur prothèse prise en charge ou non par le régime de base</li> <li>▪ Implant dentaire</li> <li>▪ Couronne sur implant</li> <li>▪ Inlay core – Inlay-Onlay</li> <li>▪ Orthodontie prise en charge par le régime de base</li> <li>▪ Orthodontie (adulte) ou parodontologie non prises en charge par le régime de base</li> </ul>	100 % BRSS 100 % BRSS 270 % BRSS 270 % BRSS 300 % BRSS 100 % BRSS + 405 € 100% BRSS + 405 € ou 560 € 130 % BRSS 100 % BRSS + 70 € 250 €/ implant 100 % BRSS + 180 € 125 % BRSS 100% BRSS + 400 €/semestre 200 €/ an	
<b>AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)</b>		
Equipements du panier 100% Santé* Classe I )		100% Frais réels
Aides auditives hors panier 100 % Santé		
Aides auditives de classe II		100 % BRSS + 450 € / prothèse
Autres prestations liées aux aides auditives		100% BRSS
CURE THERMALE		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Honoraires</li> <li>▪ Forfait établissement thermal</li> </ul>		100% BRSS 100 % BRSS
ACTES DE PRÉVENTION		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actes pris en charge par le régime de base</li> <li>▪ Ostéodensitométrie prise en charge par le régime de base</li> <li>▪ Ostéodensitométrie non prise en charge par le régime de base</li> <li>▪ Détartrage annuel complet</li> </ul>		100 % BRSS 100 % BRSS 39,96 € 100 % BRSS
MÉDECINES DOUCES (7)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acupuncture, chiropractie, diététique, étiopathie, homéopathie, micro-kinésithérapie, naturopathie, nutrition, ostéopathie, pédicurie, podologie, psychomotricité, sophrologie, psychothérapie</li> </ul>		25 €/ consultation/bénéficiaire dans la limite de 3 séances/an
MILITIS ASSISTANCE		INCLUS

\*Tels que définis réglementairement

(1) La prise en charge de la chambre particulière est au maximum de 50 jours par assuré et par an.

(2) Le Petit Appareillage comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention, etc., hors pansements et optique médicale.

(3) Le grand appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le Titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPP)

(4) Optique

**Verres simples** : Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

**Verres complexes** : Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphérocylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

**Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8

(5) Equipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(6) Le remboursement s'effectue en fonction du nombre de dents : moins de 9 dents : 405 € - plus de 9 dents : 560 €

(7) Sur présentation d'une facture d'un professionnel de santé référencé, inscrit sur la liste de l'Agence Régionale de Santé (ARS).