

SOLUTION ALTERNATIVE : GARANTIES « non responsables »

ANNEXE 1 B

Les montants exprimés en pourcentage de la BR (base de remboursement de la sécurité sociale ou tarif sécurité sociale reconstitué) comprennent le remboursement de la sécurité sociale, à concurrence des frais réels. Ils ne peuvent dépasser le montant des frais réels engagés.

Contrat non responsable	Formule de base	Formule améliorée
Médecine générale		
Honoraires des médecins généralistes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS/OPTAM*).	125%	175%
Honoraires des médecins spécialistes adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS/OPTAM*).	125%	175%
Honoraires des médecins généralistes ou spécialistes NON ADHERENTS au contrat d'accès aux soins (CAS/OPTAM*).	125%	175%
Actes de chirurgie (en ADC) et actes de spécialités (en ATM) -y compris ceux pratiqués lors d'une hospitalisation en ambulatoire (chambre seule non comprise)	150%	200%
Radiologie, Echographie (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	125%	175%
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, orthophonie, kinésithérapie...).	125%	175%
Analyse médicale, Examen en laboratoire et prélèvements	125%	175%
Prise en charge de la franchise de 18€ sur les actes médicaux dont le montant est égal ou supérieur à 120€	oui	oui
Pharmacie		
Pharmacie remboursée	TM	TM
Hospitalisation Médicale ou chirurgicale - Maternité (avec ou sans intervention chirurgicale) Etablissement conventionné		
Frais de séjour établissement conventionné	600%	600%
Honoraires médicaux.(médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	300%	100% des frais réels
Actes chirurgicaux.(médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	300%	100% des frais réels
Chambre particulière 90 jours/ an/ bénéficiaire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier (sans limitation). Limité à 60 jours en psychiatrie/an/bénéficiaire	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) 90 jours/ an / bénéficiaire	2% PMSS/jour	3% PMSS/jour

SOLUTION ALTERNATIVE : GARANTIES « non responsables »

	Formule de base	Formule améliorée
Hospitalisation Médicale ou chirurgicale- Maternité (avec ou sans intervention chirurgicale) Etablissement non conventionné		
Frais de séjour établissement non conventionné	400%	400%
Honoraires médicaux. (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	130%	180%
Actes chirurgicaux (médecin adhérent ou non au CAS/OPTAM*)	300%	300%
Chambre particulière 90 jours/ an/ bénéficiaire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier (sans limitation). Limité à 60 jours en psychiatrie /an/ bénéficiaire	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) 90 jours/ an / bénéficiaire	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Cure thermale (acceptée SS)		
Frais de cure remboursables	-	100% BR + 5% PMSS
Transport		
Ambulance, Taxi, SNCF ...	100%	100%
Actes dentaires		
Soins (dentiste / stomatologiste) y compris parodontologie	100%	150%
Inlays- Onlays (remboursements limités à 100 % PMSS/an/bénéficiaire)	300%	400%
Prothèses dentaires acceptées par la SS (remboursements limités à 100 % PMSS/an/bénéficiaire)	300%	400%
Prothèses dentaires refusées par la SS (par couronne, inlay-core, appareil dentaire, bridge) (remboursements limités à 100 % PMSS/an/bénéficiaire)	200%	300%
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	200%	300%
Implants dentaires maxi 3 par an /bénéficiaire ;	250€	350€
Optique		
L'équipement optique (verres et monture) est remboursé tous les deux ans sauf changement de vision et sauf enfant mineur - La garantie s'exprime TM inclus. La période de 2 ans s'apprécie à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de celle du premier élément (verre ou monture) de l'équipement		
<i>Monture (forfait maximum inclus dans l'équipement ci-dessous)</i>	<i>80€</i>	<i>120€</i>
a) Equipement simple (verres et monture) verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,	180€	250€
b) Equipement mixte : verre simple et verre complexe (verres et monture) un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c),	250€	350€
c) Equipement complexe (verres et monture) (verres et monture) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs,	350€	450€

SOLUTION ALTERNATIVE : GARANTIES « non responsables »

d) Equipement mixte (verres et monture) un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f),	400€	500€
e) complexe et très complexe (verres et monture) un verre mentionné au c et un verre mentionné au f,	450€	600€
f) Equipement très complexe (verres et monture) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.	500€	650€
Lentilles acceptées SS / an/bénéficiaire.	4 % PMSS	5 % PMSS
Lentilles refusées SS/ an/bénéficiaire.	4 % PMSS	5 % PMSS
Lentilles jetables an/bénéficiaire.	4 % PMSS	5 % PMSS
Chirurgie des yeux (par œil)	10 % PMSS	15 % PMSS
Appareillage, autres prothèses		
Appareillages remboursés SS (fauteuil, matériel de contention ...) et prothèses diverses sauf celles déjà prévue au présent tableau.	150% BR	300% BR
Appareillages - prothèses NON remboursés SS -par an /bénéficiaire.	10% PMSS	15% PMSS
Prothèse auditive / oreille / an / bénéficiaire	5% PMSS	10% PMSS
autres praticiens (1) : médecines douces, sophrologie...		
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Sophrologue (Forfait annuel par bénéficiaire)	100 euros	150 euros
actes, prescriptions non remboursables		
Pharmacie non remboursée (sur facture du pharmacien) :	-	-
Pilule et autres contraceptifs an/ bénéficiaire (2)	-	2% PMSS / an
Vaccins (2)	2% PMSS / an	4% PMSS / an
Actes de prévention (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale)		
2 actes pris en charge (3)	L'ensemble des actes est proposé	L'ensemble des actes est proposé
Assistance aux personnes		
A détailler par le candidat (note de gestion)	oui	oui
Pôle social		
A détailler par le candidat (note de gestion)	Oui	Oui

SOLUTION ALTERNATIVE : GARANTIES « non responsables »

BR : Base de remboursement SS : Sécurité Sociale

TM (Ticket modérateur) : différence entre la base de remboursement (BR) et le montant de remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale s'élève à 3 311 € en 2018

(1) Praticiens inscrits auprès d'une association professionnelle reconnue en France ou dans liste dressés par le Préfecture ou Diplômé d'Etat.

(2) Pour les vaccins refusés et pour la contraception refusée, la prise en charge se fera sur prescription médicale.

(3) Actes de prévention :

L'ensemble des actes est proposé

Pour les frais dentaires « Non Pris en Charge », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la CCAM dentaire entrée en vigueur.

Les montants en euro reconstitués suivront les évolutions de la base de remboursement de la sécurité sociale. L'équipement optique (verres et monture) est remboursé pour les adultes tous les deux ans sauf changement de vision et tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans.

* CAS = Contrat d'Accès aux Soins

Qu'est-ce que l'OPTAM, et l'OPTAM-CO ?

L'OPTAM désigne l'option par laquelle les médecins du secteur conventionné s'engagent à respecter une pratique tarifaire maîtrisée.

L'OPTAM-CO a le même objectif mais cette option est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie et obstétrique.

[Ces deux options ont été mises en place avec la nouvelle convention médicale nationale signée le 25 août 2016. La liste des médecins concernés sera consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr)

Qu'est-ce que le DPTAM ?

Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO....).

Les médecins ayant souscrit au CAS devraient progressivement adhérer au nouveau dispositif OPTAM/OPTAM-CO. Attention, cela ne modifie en rien les limitations des garanties liées à ces dispositifs. Les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par ces médecins seront identiques.

Afin de couvrir tous les dispositifs de limitations tarifaires, le terme CAS est remplacé par DPTAM en raison de son caractère générique qui permet de couvrir une notion plus large puisqu'elle vise non seulement les médecins ayant adhéré au CAS mais aussi l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.