

NOTRE PROPOSITION COMMERCIALE

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Nous vous proposons un régime modulable avec 4 niveaux de garanties : S1P2, S3P3, S3+P3+ et S4P4, répondant aux besoins de chacun.

Bloc Soins		Part S.S. RG*	S1	S3	S3+	S4
Soins Courants	Honoraires médicaux					
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux					
	Radiologie					
	Soins externes	60% à 70%				
	Honoraires paramédicaux					
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%			160%	200%
	Transport	65%	100%	100%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%				
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	160%	200%
Médicaments						
Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%		100%	100%	100%
Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-		Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €
Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-		30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.
Matériel médical ⁽²⁾						
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	350%	500%	550%	
Hospitalisation	Honoraires					
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière ^(3 bis)	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ^(3 bis) ou bénéficiaires de plus de 70 ans ^(3 bis)	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	
Bloc Prothèses		Part S.S. RG*	P2	P3	P3+	P4
Optique	Équipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)					
	- Équipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾					
	Équipement à verres unifocaux Si partenaire Opticien Sévéane Dans les autres cas		175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €
	Équipement à verres progressifs ⁽⁹⁾ Si partenaire Opticien Sévéane Dans les autres cas	60% ^(c)	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €
Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	
Lentilles ⁽¹²⁾						
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	
Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	80 €	125 €	150 €	
Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	
Dentaire	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires					
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	125%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-	-	200 €	250 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾					
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%
	Orthodontie					
Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	200%	250%	300%	
Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	200 €	300 €	400 €	
Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾ Si partenaire Implantologue Sévéane Dans les autres cas	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	
Aides auditives	Équipements auditifs 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁸⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾					
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus Si partenaire Audioprothésiste Sévéane Dans les autres cas	60%	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €
- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	
Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%	100%	
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.					
Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - o des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code Sécurité sociale
 - o de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Notes du tableau de garanties

(1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire

(2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les ""Soins et Prothèses dentaires 100% Santé"".

(3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences

(3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation

(4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge"

(4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale

(5) Equipement 100% Santé ""Classe A"" , pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation. Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale). Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13). La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur."

(6) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus: après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13)"

(7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €."

(8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.

(9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux

(10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :

- 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

- 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019; Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.

(11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :

- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
- et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :

1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries

2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire

(13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an

(14) Soins et prothèses dentaires relevant du ""100% Santé"" , définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2."

(15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire

(16) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2. A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

(17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs

(18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale

(19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :

* Ecouteur

* Microphone

* Embout auriculaire pour :

- bénéficiaire de moins de 2 ans => 4 embouts / an / appareil

- bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil

* Pile sans mercure.

(20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;

- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;

- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;

- Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.

Les soins doivent être effectués en France métropolitaine "

(21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.

Les plafonds annuels par famille par niveau :

- P3 : 160 € / an

- P3+ : 240 € / an

- P4 : 320 € / an

(22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire

(23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

(a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)

(b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;

Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €

(c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture

(d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans

(e) + 140 € / verre unifocal

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Lexique

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

PLV : Prix limite de vente. Il correspond au prix maximum de vente à l'assuré. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

HLF : Honoraires limites de facturation. Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100% santé.

Prestation d'adaptation visuelle : Lors du renouvellement par l'opticien d'une ordonnance médicale de verres correcteurs, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par l'opticien aux fins d'actualiser l'ordonnance.

Prestation d'appairage : Dans les cas où un patient a besoin d'une paire de lunettes avec deux types de verres différents (indice de réfraction différent ou type de verres différents), une prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors