

DESCRIPTIF DES GARANTIES POUR LES SALARIÉS NON CADRES	PRESTATIONS Les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale	
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	Etablissements conventionnés et non conventionnés :	
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100 % de la BR	
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire	50 € par jour	
Chambre Particulière (y compris en maternité)	100 % des Frais Réels	
Forfait Hospitalier	50 € par jour	
Lit d'Accompagnant	Pris en charge	
Forfait acte lourd		
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE		
Consultation, visite d'un généraliste	100 % de la BR	
Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS ⁽¹⁾	125 % de la BR	
Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾	150 % de la BR	
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR	
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR	
Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste non adhérent au CAS ⁽¹⁾	105 % de la BR	
Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾	130 % de la BR	
Radiologie - Ostéodensitométrie prise en charge par la SS	100 % de la BR	
PHARMACIE		
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité	
TRANSPORT		
Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR	
DENTAIRE		
Soins dentaires pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavette	150 % de la BR	
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	300 % de la BR	
Inlay onlay pris en charge par la SS	300 % de la BR	
Orthodontie prise en charge par la SS	200 % de la BR	
Implant dentaire ⁽²⁾	150 € par implant	
OPTIQUE		
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture)		
Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans.		
Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.		
Monture	Adultes et Enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	70 €	60 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	40 €	30 €
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	40 €	30 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	65 €	70 €
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	65 €	70 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	102,50 €	85 €
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	115 €	100 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	102,50 €	85 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	115 €	100 €
Lentilles prises en charge ou non par la SS	200 € par an et par bénéficiaire	
APPAREILLAGE		
Orthopédie et autres prothèses	100 % de la BR	
Prothèses auditives	125 % de la BR	
ALLOCATIONS FORFAITAIRES		
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 315 €	
ACTES HORS NOMENCLATURE *		
MÉDECINE ALTERNATIVE : Ostéopathie -Chiropractie - Acupuncture *	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale *	100 % des Frais Réels	

* Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 100 euros par an et par bénéficiaire