

CCN des Jardineries et Graineteries

Votre régime frais de santé

Tableau de garanties

Contrat socle collectif obligatoire - CCN022100 - CCN022101 - CCN022100/03 - CCN022101/03 et contrat surcomplémentaire collectif facultatif - CCN022301/00 - CCN022301/01 - CCN022401/00 - CCN022401/01

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'Humanis Prévoyance, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale. Les remboursements des Options 1 et 2 viennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale et du contrat socle collectif obligatoire.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	Régime Conventionnel	Option 1	Option 2
Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)			
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné) ⁽¹⁾			
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris la maternité) (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 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
• Honoraires (Signataires du CAS) : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
• Honoraires (Non signataires du CAS) : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire	100 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR
Chambre particulière (y compris en maternité)	-	2 % du PMSS/jour	3,5 % du PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	-	-
Participation forfaitaire pour les actes lourds	18 euros	-	-
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné) ⁽¹⁾			
Consultations, visite d'un généraliste - Signataires CAS	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Consultation, visite d'un généraliste - Non signataires CAS	100 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR
Consultation, visite d'un spécialiste, Neuropsychiatre - Signataires CAS	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Consultation, visite d'un spécialiste, Neuropsychiatre - Non signataires CAS	100 % BR	+ 30 % BR	+ 100 % BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Radiologie et ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale - Signataires ou non CAS	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	18 euros	+ 30 % BR	+ 100 % BR
PHARMACIE			
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	-	-



DESCRIPTIF DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	Régime Conventionnel	Option 1	Option 2
	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)		
MÉDECINE ALTERNATIVE			
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	3 % du PMSS/an	5 % du PMSS/an
TRANSPORT			
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	125 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	125 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
OPTIQUE			
Équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution significative de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) avec un maximum de 150 € pour la monture.			
Monture + verres simples ⁽²⁾	100 euros	+ 100 euros	+ 300 euros
Monture + verres complexes ⁽³⁾	200 euros	+ 100 euros	+ 300 euros
Monture + verres mixtes (verres simples et verres complexes)	150 euros	+ 100 euros	+ 300 euros
Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
APPAREILLAGE			
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 dioptries.

(3) Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais réels - CAS : Contrat d'accès aux soins - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année