

## ANNEXE I - Garanties

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.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS (les remboursements exprimés en BR s'entendent en complément de ceux versés par la Sécurité sociale)
<b>HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup>)</b>	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	Etablissements conventionnés : <b>100 %</b> des Frais Réels Etablissements non conventionnés : <b>90 %</b> des Frais Réels avec une prise en charge minimale du TM
Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	<b>TM + 200 %</b> de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins <sup>(2)</sup>	<b>TM + 100 %</b> de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins <sup>(2)</sup>	
<b>Hospitalisation en maternité :</b>	
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins <sup>(2)</sup>	<b>200 %</b> de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins <sup>(2)</sup>	<b>100 %</b> de la BR
Chambre Particulière (y compris en maternité)	<b>2 %</b> du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	<b>100 %</b> des Frais Réels
Frais d'Accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	<b>1,5 %</b> du PMSS par jour
Forfait acte lourd	<b>Prise en charge</b>
<b>PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup>)</b>	
Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	<b>TM + 170 %</b> de la BR
Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste non adhérent au CAS <sup>(2)</sup>	<b>TM + 100 %</b> de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	<b>TM</b>
Frais d'analyse et de laboratoire	<b>TM</b>
Actes médicaux techniques et d'échographie réalisés par un spécialiste adhérent CAS <sup>(2)</sup>	<b>TM + 170 %</b> de la BR
Actes médicaux techniques et d'échographie réalisés par un spécialiste non adhérent CAS <sup>(2)</sup>	<b>TM + 100 %</b> de la BR
Actes d'imagerie et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	<b>TM</b>
<b>MÉDECINE ALTERNATIVE</b>	
Osthéopathie - Chiropractie - Micro Kinésithérapie	<b>25 €</b> par séance dans la limite de <b>100 €</b> par an et par bénéficiaire
<b>PHARMACIE</b>	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	<b>TM</b>
Contraception féminine non prise en charge par la Sécurité sociale : Pilules, anneaux et patchs contraceptifs	<b>50 €</b> par an et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT</b>	
Frais de transport pris en charge par la SS	<b>TM</b>

DENTAIRE	
Soins dentaires pris en charge par la SS	TM + 70 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	TM + 170 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	247,25 euros par acte
Orthodontie prise en charge par la SS	TM + 200 % de la BR
Implant dentaire <sup>(3)</sup>	200 € par implant dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Adultes et Enfants de 18 ans et plus 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 en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	412 € dont 150 € maximum pour la monture
Enfants de moins de 18 ans Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire.	200 € dont 60 € maximum pour la monture
Lentilles prises en charge ou non par la SS	4 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15 % du PMSS par oeil
APPAREILLAGE	
Orthopédie et autres prothèses	TM + 160 % de la BR
Prothèses auditives	TM + 160 % de la BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 5 % du PMSS
Cure thermale prise en charge par la SS	TM + 5 % du PMSS
PRÉVENTION	
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	50 € par an et par bénéficiaire
Consultation Diététique	20 € par séance dans la limite de 60 € par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique pris en charge par la Sécurité sociale : substituts nicotiniques, consultation cognitivo-comportementale (sur prescription médicale)	50 € par an et par bénéficiaire
Vaccin anti grippe	100 % des Frais Réels
Vaccin non pris en charge par la SS	25 € par an et par bénéficiaire

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

(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1.

(3) Le pilier sur implant n'est pas remboursé au titre du contrat.

TM = Ticket Modérateur : différence entre le base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année