

ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVE SOUS CONTRAT CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OPTION 3

ANNEXE I – GARANTIES

CCN018110 / CCN018111 / CCN018112 / CCN018113

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

Les garanties ci-dessous s'entendent y compris les remboursements effectués au titre de l'option 2.
Les garanties telles qu'exprimées ci-dessous s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale

	OPTION 3 (y compris Option 2)
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE * (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Frais de séjour (**)	400% BR-SS
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ** (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	400 % BR-SS
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ** (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	200 % BR-SS
Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (y compris maternité)	2,5 % du PMSS(1) par jour
Frais d'accompagnement (Enfant de moins de 16 ans)	2 % du PMSS(1) par jour
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Visites, consultations de généralistes (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	370 % BR-SS
Visites, consultations de généralistes (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	130 % BR-SS
Visites, consultations de spécialistes, de neuropsychiatres (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	370 % BR-SS
Visites, consultations de spécialistes, de neuropsychiatres (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	180 % BR-SS
Analyses médicales et travaux de laboratoire	150 % BR-SS
Actes d'imagerie, échographie et doppler (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	200 % BR-SS
Actes d'imagerie, échographie et doppler (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	180 % BR-SS
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150 % BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (signataire OPTAM/ OPTAM CO)	200 % BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (non signataire OPTAM/ OPTAM CO)	180 % BR-SS
MEDECINE DOUCE	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe (****)	Remboursement global de 50 € par séance dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire
TRANSPORT	
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	200 % BR-SS
PHARMACIE	
Pharmacie y compris vaccins remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR-SS
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et non remboursés par la Sécurité sociale	10 € par an et par bénéficiaire

OPTIQUE	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant
Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe	
Réseau partenaire :	
. Verres simple foyer, sphériques (***)	
o Sphère de - 6 à + 6 dioptries	100%FR-SS
o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 dioptries	100%FR-SS
o Sphère < - 10 ou > + 10 dioptries	100%FR-SS
. Verres simple foyer, sphéro-cylindriques (***)	
o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	100%FR-SS
o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 dioptries	100%FR-SS
o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	100%FR-SS
o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 dioptries	100%FR-SS
Verres multi-focaux ou progressifs sphériques (***)	
o Sphère de - 4 à + 4 dioptries	100%FR-SS
o Sphère < - 4 ou > + 4 dioptries	100%FR-SS
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (***)	
o Sphère de - 8 à + 8 dioptries	100%FR-SS
o Sphère < - 8 ou > + 8 dioptries	100%FR-SS
. Monture (***)	150 €
Hors Réseau partenaire :	
. Verres simple foyer, sphériques (***)	
o Sphère de - 6 à + 6 dioptries	100 €
o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 dioptries	110 €
o Sphère < - 10 ou > + 10 dioptries	120 €
. Verres simple foyer, sphéro-cylindriques (***)	
o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	110 €
o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 dioptries	120 €
o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	130 €
o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 dioptries	150 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphériques (***)	
o Sphère de - 4 à + 4 dioptries	210 €
o Sphère < - 4 ou > + 4 dioptries	220 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (***)	
o Sphère de - 8 à + 8 dioptries	230 €
o Sphère < - 8 ou > + 8 dioptries	260 €
Monture (***)	150 €
Lentilles de contact correctrices remboursées ou non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	11 % du PMSS(2) par bénéficiaire par année civile et pour l'ensemble desdites lentilles avec un minimum de 100% TM au-delà du forfait pour les lentilles remboursées
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	25 % du PMSS(3) par œil

DENTAIRE	
Consultations et Soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie pris en charge par la SS	200 % BR-SS
Inlays-onlays d'obturation	450 % BR-SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations)	400 % BR-SS
Inlays-cores	250 % BR-SS
Piliers de bridge sur dent saine non pris en charge par la SS	322,50 € par pilier Remboursement correspondant à 300% BR reconstituée (BR : 107,50 €)
Implants non pris en charge par la SS	800 € par implant
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau) non prise en charge par la SS	400 € / an /bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	450 % BR-SS
Orthodontie non prise en charge par la SS	300 % BR reconstituée BR : 193,50 €
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	100 % BR-SS majoré de 300 € par oreille par an et par bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses non dentaires et non auditives (Prise en charge par la SS)	200 % BR-SS
INDEMNITES FORFAITAIRES	
Cures thermales: honoraires et soins, forfait	150 % BR-SS majoré de 10 % du PMSS(5)
Maternité	15 % du PMSS(4)
PREVENTION	
<ul style="list-style-type: none"> - Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire - Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) - Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans - Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) - Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) - L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans - Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; . Coqueluche : avant 14 ans ; . Hépatite B : avant 14 ans ; . BCG : avant 6 ans ; . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; . Haemophilus influenzae B ; . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques 	100%BR-SS

- 1 -- En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation
- 2 -- En vigueur au jour de la dépense
- 3 -- En vigueur au jour de l'intervention
- 4 -- En vigueur à la date de la naissance
- 5 -- En vigueur au 1er jour de la cure

(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicales et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.

(**)

Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie et autres frais médicaux)

(***) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique (1 monture+ 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire.

Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

(****) Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

FR : Frais Réels

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année

SS : Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur