

Tableau des garanties du régime conventionnel

Régime général de la Sécurité sociale

ACTES	PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE BASE CONVENTIONNELLE
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE	
Honoraires - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	45% BRSS
Frais de séjour	45% BRSS
Forfait journalier	100% du forfait en vigueur (limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques)
Chambre particulière	15 € par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	Néant
Lit accompagnant	15 € par jour
CONSULTATIONS - VISITES	
Consultations - Visites	30% BRSS
Acte de spécialité des médecins	30% BRSS
Analyses	40% BRSS
Radiologie	30% BRSS
Auxiliaires médicaux	40% BRSS
Prothèses autres que dentaires (audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	40% BRSS
Ostéopathie - chiropractie - étiopathie (diplômé d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 € par consultation limité à 80 € par an et par bénéficiaire
PHARMACIE - TRANSPORT	
Pharmacie Vignette Blanche	35% BRSS
Pharmacie Vignette Bleue	70% BRSS
Pharmacie Vignette Orange	85% BRSS
Frais de transport	35% BRSS
DENTAIRE	
Soins dentaires	30% BRSS
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	200% BRSS dans la limite de 100% du (BRSS-MRSS) + 170% BRSS
Inlays**	200% BRSS
Onlays**	200% BRSS
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	Néant
Implants	400 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	75% BRSS tous les 6 mois
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	
- Curetage/Surfaçage	50% des frais réels limité à : 1% du PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an (30,31 €)*
- Greffe gingivale	50% des frais réels limité à : 3% du PMSS par séance dans la limite de 1 greffe par an (90,93 €)*
- Allongement coronaire	50% des frais réels limité à : 0,50% PMSS par intervention limité à 2 interventions par an (15,16 €)*
- Lambeau	50% des frais réels limité à : 1,50% du PMSS par intervention dans la limite de 4 intervention par an (45,47 €)*
OPTIQUE (par année civile)	
Verres (par verre)	35% BRSS + 2,5% PMSS par verre, par an et par bénéficiaire (75,78 €)*
Montures	35% BRSS + 3,5% PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €)*
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	35% BRSS + 3,5% PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €)*
Lentilles refusées par la Sécurité sociale médicalement justifiées	3,5% PMSS par an et par bénéficiaire (106,09 €)*
Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	6% PMSS par œil (181,86 €)*
MATERNITÉ	
Participation aux frais de maternité (versement d'une prime)***	7% du PMSS (212,17 €)*
Chambre particulière	100% frais engagés dans la limite de 1,5% PMSS par jour et dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire (45,47 €)*
AUTRES REMBOURSEMENTS	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	100% frais engagés dans la limite de 1% du PMSS par an et par bénéficiaire (30,31 €)*
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	80% des frais réels limité à 4% du PMSS par personne et par an (121,24 €)*

Le taux de remboursement pour la Sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins coordonné.

BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale

FR : Frais réels

* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 031 € au 1^{er} janvier 2012)

MRSS : Montant remboursé par la Sécurité sociale

** Actes en SC : SC7, SC12, SC17. Pas de remboursement pour les inlays, onlays non remboursés par la Sécurité sociale.

*** Le versement de la prestation complémentaire de la maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gémellaire.