



# GARANTIES FRAIS DE SANTE - FORMULE ESSENTIELLE -

Les montants des garanties ci-après sont exprimés **y compris** les remboursements de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réels. Seuls les montants des garanties exprimés en euros s'entendent en complément des remboursements Sécurité Sociale éventuels.

<b>NATURE DES RISQUES</b>	<b>MONTANT DES GARANTIES</b>								
<b>HOSPITALISATION MEDICALE CHIRURGICALE</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Frais de séjour</u> :</li> <li>- Ets conventionnés .....</li> <li>- Ets non conventionnés et secteur privé en hôpital public .....</li> <li>• <u>Frais d'honoraires</u> :</li> <li>- Ets conventionnés .....</li> <li>- Ets non conventionnés et secteur privé en hôpital public .....</li> <li>• Forfait Journalier de la Sécurité Sociale.....</li> <li>• Chambre particulière .....</li> <li>• Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans ou de moins de 18 ans si l'enfant est handicapé .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>100 %</b> des Frais Réels</li> <li><b>90 %</b> des Frais Réels</li> <li><b>100 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>300 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>90 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>300 %</b> du <b>PU</b></li> <li><b>100 %</b> des Frais Réels</li> <li><b>40 €</b> par jour</li> <li><b>38 €</b> par jour</li> </ul>								
<b>AUTRES SEJOURS</b> (Ets conventionnés)	<i>Pour les séjours dont la durée est supérieure à l'année civile, aucune nouvelle indemnisation n'est due au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante</i>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres de longs et moyens séjours (remboursement limité à 90 jours par séjour et par année civile y compris pour le forfait journalier hospitalier).....</li> </ul>	<b>100 %</b> des Frais Réels								
<b>TRANSPORT</b> (Ambulances, VSL, Samu, pris en charge par la sécurité sociale).....	<b>100 %</b> des Frais Réels								
<b>HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b> (hors hospitalisation)									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations généralistes .....</li> <li>• Consultations spécialistes, actes d'imagerie, actes d'échographie, actes de chirurgie, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux (hors imagerie), auxiliaires médicaux, analyses et laboratoires .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>150 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>200 %</b> de la <b>BR SS</b></li> </ul>								
<b>PROTHESES AUDITIVES</b> .....	<b>200 %</b> de la <b>BR SS</b> par prothèse								
<b>APPAREILLAGE</b> (remboursé par la sécurité sociale)									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèses orthopédiques / Petits appareillages / Accessoires.....</li> <li>• Gros appareillage (<i>voir liste au § V de l'Annexe</i>).....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>200 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>200 %</b> de la <b>BR SS</b> + <b>200 €</b>, par an et par bénéficiaire</li> </ul>								
<b>PHARMACIE</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais pharmaceutiques + tiers payant (Médicaments remboursés à 65 % et à 35 % par la sécurité sociale).....</li> </ul>	<b>100 %</b> de la <b>BR SS</b>								
<b>FORFAIT MATERNITE OU ADOPTION</b> .....	<b>180 €<sup>1</sup></b> [Forfait doublé en cas de naissances multiples]								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chambre particulière .....</li> </ul>	<b>40 €</b> par jour [maximum 5 jours]								
<b>FORFAIT CURE THERMALE</b>	Cure acceptée par la sécurité sociale								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honoraires + traitement.....</li> <li>• Hébergement + transport.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>150 %</b> de la <b>BR SS</b>, par an et par bénéficiaire</li> <li><b>150 €</b> par an et par bénéficiaire</li> </ul>								
<b>OPTIQUE</b> <sup>2</sup>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verre unifocal.....</li> <li>• Verre progressif ou multifocal.....</li> <li>• Monture .....</li> <li>• Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu ou non à un remboursement de la Sécurité Sociale, y compris jetables.....</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><b>ADULTE :</b></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><b>ENFANT DU PARTICIPANT DE MOINS DE 18 ANS :</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>50 €</b> par verre et par bénéficiaire</td> <td style="padding: 5px;"><b>40 €</b> par verre et par bénéficiaire</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>100 €</b> par verre et par bénéficiaire</td> <td style="padding: 5px;"><b>50 €</b> par verre et par bénéficiaire</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>80 €</b></td> <td style="padding: 5px;"><b>50 €</b></td> </tr> </table>	<b>ADULTE :</b>	<b>ENFANT DU PARTICIPANT DE MOINS DE 18 ANS :</b>	<b>50 €</b> par verre et par bénéficiaire	<b>40 €</b> par verre et par bénéficiaire	<b>100 €</b> par verre et par bénéficiaire	<b>50 €</b> par verre et par bénéficiaire	<b>80 €</b>	<b>50 €</b>
<b>ADULTE :</b>	<b>ENFANT DU PARTICIPANT DE MOINS DE 18 ANS :</b>								
<b>50 €</b> par verre et par bénéficiaire	<b>40 €</b> par verre et par bénéficiaire								
<b>100 €</b> par verre et par bénéficiaire	<b>50 €</b> par verre et par bénéficiaire								
<b>80 €</b>	<b>50 €</b>								
	<b>175 €</b> par année civile et par bénéficiaire								
<b>DENTAIRE</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins (soins dentaires et parodontologie pris en charge et codifiés en soins par la sécurité sociale).....</li> <li>• Prothèses fixes, y compris inlay/onlay core : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dents non visibles .....</li> <li>- Dents visibles .....</li> </ul> </li> <li>• Prothèses mobiles (remboursées par la sécurité sociale) ..</li> <li>• Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>100 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>300 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>300 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>400 %</b> de la <b>BR SS</b></li> <li><b>200 %</b> de la <b>BR SS</b>, dans la limite de 6 semestres maximum</li> </ul>								
	<i>Une dent non visible est une molaire, une dent visible correspond à l'ensemble des autres dents (incisives, canines, prémolaires).</i>								

## GARANTIES FRAIS DE SANTE - FORMULE ESSENTIELLE -

(Suite)

NATURE DES RISQUES	MONTANT DES GARANTIES
<b>PRÉVENTION</b> • Ensemble des actes de prévention décrits à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale ..... • Consultation nutritionniste, diététicien diplômé d'Etat et non médecin .....	<b>100 %</b> de la <b>BR SS</b> par an et par bénéficiaire ( <i>voir la liste des actes au § I de l'Annexe</i> )  <b>100 €</b> par an et par bénéficiaire
<b>ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE</b>	<i>Voir descriptif au § II de l'Annexe</i>

**ABREVIATIONS :**

**BR SS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

**PU** : Prix Unitaire

**SS** : Sécurité Sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

**LEGENDE :**

<sup>1</sup> Forfait en valeur 2009, indexé sur le plafond sécurité sociale.

<sup>2</sup> En optique, il est versé un forfait en euros « monture + 2 verres » et un forfait en euros « lentilles » par année civile et par bénéficiaire. Les lentilles de couleurs ne sont pas remboursées.

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

**COTISATIONS MENSUELLES POUR L'ANNEE 2010 :**

Structure de cotisations	COLLEGE CADRE			COLLEGE NON CADRE		
	❶	❷		❶	❷	
	FAMILLE	ISOLE	FAMILLE	FAMILLE	ISOLE	FAMILLE
Tarif hors Alsace Moselle	3,73 %	1,77 %	4,63 %	3,24 %	1,54 %	4,04 %
Tarif Alsace Moselle	2,98 %	1,42 %	3,70 %	2,59 %	1,23 %	3,23 %

Les taux ci-dessus sont exprimés en % du **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)**. La valeur du PMSS au 1<sup>er</sup> janvier 2010 est fixée à : **2 885 €**

❶ FAMILLE : un tarif, quelle que soit la composition de la famille

❷ ISOLE / FAMILLE : un tarif pour les célibataires et un tarif quelle que soit la composition de la famille

Le choix de la structure de cotisations ❶ ou ❷ s'applique à l'ensemble du collège concerné.

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦