

>

**Santé  
Seule**

# VOTRE ETUDE PERSONNALISEE

Nom  
Code  
Téléphone  
Mobile  
Fax  
E-mail

Fait le

# Garanties Frais médicaux

## Garanties maximum sous déduction du Régime Obligatoire

Cette présentation est donnée à titre indicative, le certificat d'adhésion, seul document contractuel, affichant une présentation des garanties en complément du Régime Obligatoire. En tout état de cause, cette présentation pourrait être revue en cas de modification de la réglementation afférente aux remboursements du Régime Obligatoire.

### HOSPITALISATION

* Honoraire, séjour conventionné	➔	100 % FR
* Honoraire, séjour non conventionné	➔	90 % FR limité à 530 % BR
* Chambre particulière hors maternité, si établissement de repos maxi 90 jours	➔	3,5 % PMSS/jour
* Forfait journalier	➔	Prise en charge intégrale
* Lit accompagnant (- de 12 ans)	➔	2% PMSS/jour

### SOINS COURANTS

* Consultation, Visite Généraliste conventionné	➔	470 % BR
* Consultation, Visite Généraliste non conventionné	➔	90 % FR limité à 470 % BR
* Consultation, Visite Spécialiste conventionné	➔	520 % BR
* Consultation, Visite Spécialiste non conventionné	➔	90 % FR limité à 520 % BR
* Acte de spécialités, Acte de chirurgie	➔	530 % BR
* Acte technique médical	➔	520 % BR
* Psychologue, Psychomotricien	➔	100 % FR limité à 15 % PMSS /an/bénéficiaire
* Ostéopathe, Chiropracteur, Naturopathe, Acuponcteur	➔	Forfait de 30 € / consultation plafonné à 20 % PMSS/an/bénéficiaire
* Forfait ostéodensitométrie non remboursée	➔	9 % PMSS /an/bénéficiaire
* Auxiliaire médical, Analyses	➔	460 % BR
* Radiologie	➔	470 % BR
* Vaccin antigrippe	➔	100 % FR limité à 1 vaccin/an/bénéficiaire
* Pharmacie	➔	100 % BR base TFR

### AUTRES PROTHESES

* Orthopédie, Appareil auditif	➔	515 % BR
--------------------------------	---	----------

### TRANSPORT

* Transport ambulance accepté R.O.	➔	100 % BR
------------------------------------	---	----------

### DENTAIRE

* Soin	➔	100 % BR
* Consultation	➔	470 % BR
* Orthodontie acceptée	➔	500 % BR
* Prothèse acceptée ou non remboursée <sup>(1)</sup>	➔	470 % BR
* Inlay, Onlay	➔	470 % BR
* Inlay core	➔	220 % BR
* Stomatologie	➔	470 % BR
* Parodontologie non remboursée	➔	9 % PMSS /an/bénéficiaire
* Implantologie (postes non remboursés SS)	➔	20 % PMSS /an/bénéficiaire maxi 2 implants/an
Limite de Remboursement annuelle du poste dentaire	➔	150 % PMSS /an/bénéficiaire

*(1) à l'exclusion du hors nomenclature*

### OPTIQUE

* Verres (les 2)	➔	100 % FR
* Monture	➔	8 % PMSS
* Lentilles acceptées R.O. refusées R.O. /jetables	➔	12 % PMSS
* Le poste optique (hors traitement de la myopie) est plafonné à	➔	24 % PMSS /an/bénéficiaire
* Opération de la myopie au laser 100% FR dans la limite de	➔	20 % PMSS/oeil de

*Le choix de ce type de correction entraîne le gel des prestations optique pendant 2 ans*

### MATERNITE \*\* (100% FR dans la limite de)

* Naissance	➔	30 % PMSS
-------------	---	-----------

### CURE THERMALE

* Cure thermale acceptée S.S.	➔	100 % FR dans la limite de 30 % PMSS
-------------------------------	---	--------------------------------------

F.R. : Frais Réels  
P.M.S.S. : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (soit au 01/01/2009 : 2.859 €)  
BR. : Base de Remboursement  
TM. : Ticket Modérateur  
TFR. : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

# Garanties Frais médicaux

## Exemples de remboursement

### HOSPITALISATION (ETABLISSEMENT CONVENTIONNE)

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	CIPRES VIE + SECURITE SOCIALE	RESTE A CHARGE
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour	280 € (4 jours)	Néant	Néant	280,00 €	0,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Chambre particulière 3,5 % PMSS soit 100,07 € par jour</b>						

### ACTES MEDICAUX COURANTS (DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS)

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	CIPRES VIE + SECURITE SOCIALE	RESTE A CHARGE
Consultation d'un Généraliste (médecin traitant)	470 % BR	25,00 €	22,00 €	15,40 € -1€	24,00 €	1,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Consultation d'un Généraliste : 103,40 € – 1 €</b>						
Consultation d'un Spécialiste (itératif secteur 2 sans option de coordination)	520 % BR	60,00 €	23,00 €	16,10 € -1€	59,00 €	1,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Consultation d'un Spécialiste : 119,60 € – 1 €</b>						

### PROTHESES DENTAIRES

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	CIPRES VIE + SECURITE SOCIALE	RESTE A CHARGE
1 Prothèse SPR 50	470 % BR	530,00 €	107,50 €	75,25 €	505,25 €	24,75 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : 1 Prothèse SPR 50 : 505,25 €</b>						

### ORTHODONTIE ACCEPTEE

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	CIPRES VIE + SECURITE SOCIALE	RESTE A CHARGE
Orthodontie	500 % BR	700,00 €	193,50 €	193,50 €	700,00 €	0,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Orthodontie acceptée : 967,50 €</b>						

LE POSTE DENTAIRE EST PLAFONNE A 150 % PMSS/AN/BENEFICIAIRE (SOIT : 4 288,50 €)

### APPAREIL AUDITIF

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	CIPRES VIE + SECURITE SOCIALE	RESTE A CHARGE
Appareil auditif	515 % BR	1 215,00 €	199,71 €	129,81 €	1 028,50 €	186,50 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Appareil auditif : 1 028,50 €</b>						

### OPTIQUE

GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	FRAIS REELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	CIPRES VIE + SECURITE SOCIALE	RESTE A CHARGE
Exemple 1 Verres (les 2)	100 % FR /an/bénéficiaire	270,00 €	7,32 €	4,76 €	270,00 €	0,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Verres (les 2) : Frais réels*</b>						
Exemple 2 Verres (les 2)	100 % FR /an/bénéficiaire	500,00 €	20,74 €	13,48 €	500,00 €	0,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Verres (les 2) : Frais réels*</b>						
Monture	8 % PMSS	150,00 €	2,84 €	1,85 €	150,00 €	0,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Monture : 230,57 €</b>						
Lentilles jetables	12 % PMSS/an	80,00 €	Néant	Néant	80,00 €	0,00 €
<b>Garantie maximale y compris Sécurité Sociale : Lentilles jetables : 343,08 €</b>						

\* LE POSTE OPTIQUE (HORS TRAITEMENT DE LA MYOPIE) EST PLAFONNE A 24 % PMSS/AN/BENEFICIAIRE (SOIT : 686,16 €)

\* LES PRESTATIONS SONT VERSEES DANS LA LIMITE DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES ET DU FORFAIT ANNUEL

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale soit 2 859 € au 01/01/09

BR : Base de Remboursement

FR : Frais Réels

Santé  
Seule

# Santé Collectif

## Informations projets

Date d'effet<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Formule \_\_\_\_\_  
Collège assuré \_\_\_\_\_  
Adhésion \_\_\_\_\_  
Cotisation annuelle APSIL<sup>2</sup> 15 € (payable trimestriellement)  
\_\_\_\_\_

## Détail du total à payer

TOTAL DES COTISATIONS (en % du PASS)  
Isolé \_\_\_\_\_ %  
Famille \_\_\_\_\_ %  
FRAIS DE QUITTANCEMENT 2€ par échéance  
BUDGET ANNUEL \_\_\_\_\_ €

## COTISATION TRIMESTRIELLE

\_\_\_\_\_ €

PASS 2009 : 34.308 €

## DOCUMENTS INDISPENSABLES à joindre à votre adhésion

- **Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) pour le remboursement des prestations**
- **Une photocopie de l'attestation carte vitale**

<sup>1</sup> La date d'effet est au minimum le 1<sup>er</sup> du mois en cours et au maximum le 31 décembre de l'année en cours

<sup>2</sup> Association pour la Prévoyance des Salariés, des Indépendants et des Libéraux