

PRESTATIONS	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE			REGIME FACULTATIF (optionnel) OPTION 1	REGIME FACULTATIF (optionnel) OPTION 2
	Remboursement Régime Obligatoire * (en % de la BR)	Remboursement SMATIS France * (en % de la BR - Euros ou PMSS)	Remboursement TOTAL (Régime Obligatoire + SMATIS France) (en % de la BR - Euros ou PMSS)	(la base est incluse) Remboursement y compris le remboursement RO (en % de la BR - Euros ou PMSS)	(la base est incluse) Remboursement y compris le remboursement RO (en % de la BR - Euros ou PMSS)
HOSPITALISATION**					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (1)	80% BR	120% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Frais de séjour	80% BR	100% BR	180% BR	200% BR	200% BR
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €	Néant	FR	FR	FR	FR
Forfait Journalier Hospitalier (illimité)	Néant	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière, y compris maternité - par jour (2)	Néant	45 €	45 €	60 €	90 €
Chambre particulière en ambulatoire - par jour (3)	Néant	15 €	15 €	15 €	15 €
Frais d'accompagnant par jour (secteur conventionné uniquement)	Néant	45 €	45 €	60 €	90 €
SOINS COURANTS					
Consultations, visites – Médecins Généralistes (1)	70% BR	30% BR	100% BR	150% BR	220% BR
Consultations, visites – Médecins Spécialistes (1)	70% BR	130% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux(1)	70% BR	80% BR	150% BR	170% BR	170% BR
Actes d'imagerie, d'échographie (1)	70% BR	30% BR	100% BR	145% BR	170% BR
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, ...	60% BR	40% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais d'analyse et de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €	Néant	FR	FR	FR	FR
PHARMACIE					
Frais pharmaceutiques et vaccins pris en charge par le RO	15% BR	85% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais pharmaceutiques et vaccins pris en charge par le RO	30% BR	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais pharmaceutiques et vaccins pris en charge par le RO	65% BR	35% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	65% BR	35% BR	100% BR	100% BR	100% BR
FORFAIT BIEN ETRE / AUTRES PRESTATIONS					
Chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, psychologue, psycho-motricien, diététicien, pédicure-podologue, tabacologue (praticiens diplômés) par séance	Néant	25 € (maxi 3 séances par an et par bénéficiaire)	25 € (maxi 3 séances par an et par bénéficiaire)	30 € (maxi 3 séances par an et par bénéficiaire)	30 € (maxi 3 séances par an et par bénéficiaire)
Sevrage tabagique - Patch anti-tabac (par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	100 €	100 €	100 €
Vaccin anti-grippe (par an et par bénéficiaire)	Néant	-	-	-	15 €
Contraception féminine (par an et par bénéficiaire)	Néant	-	-	-	50 €
Diététique (prescription par un diététicien ou médecin non prise en charge par le RO) par an et par bénéficiaire	Néant	-	-	-	60 €
Ostéodensitométrie osseuse (par an et par bénéficiaire)	Néant	-	-	-	50 €
Vaccins non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	Néant	-	-	-	90 €
OPTIQUE					
Monture + verres (5)	60% BR	Voir Annexe Optique	60% BR + voir annexe optique	60% BR + voir Annexe Optique	60% BR + voir Annexe Optique
Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables (sur prescription ophtalmologique de - de 3 ans) (par an et par bénéficiaire)	60% BR / Néant	40% BR / Néant + 85 €	100% BR / Néant + 85 €	100% BR / Néant + 100 €	100% BR / Néant + 200 €
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser	Néant	600 € / oeil	600 € / oeil	700 € / oeil	750 € / oeil
DENTAIRE					
Actes Pris en charge par le RO					
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlays et Onlays d'obturation (1)	70% BR	80% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Inlays cores	70% BR	80% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Prothèses dentaires (dents du sourire), y compris couronne sur implant (6)	70% BR	180% BR	250% BR	300% BR	450% BR
Prothèses dentaires (dents du fond de bouche), y compris couronne sur implant (6)	70% BR	105% BR	175% BR	200% BR	350% BR
Orthodontie, remboursée par le RO	100% BR	150% BR	250% BR	300% BR	350%
Actes Non Pris en charge par le RO					
Prothèses dentaires dont pilier de bride sur dent saine (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	150 €	150 €	200 €	300 €
Implantologie (par an et par bénéficiaire) (7)	Néant	500 €	500 €	750 €	1 000 €
Parodontologie (par an et par bénéficiaire) (8)	Néant	-	-	200 €	300 €
Orthodontie	Néant	-	-	250% BR	250% BR
TRANSPORT					
Frais de transports pris en charge par le RO	65% BR	35% BR	100% BR	100% BR	100% BR
APPAREILLAGE					
Prothèses médicales – Orthopédie et autres prothèses prises en charge par le RO	60% BR	115% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Prothèses auditives (par oreille maxi 2 oreilles par an et par bénéficiaire), prises en charge par le RO	60% BR	40% BR + 450 €	100% BR + 450 €	100% BR + 600 €	100% BR + 1 000 €
ACTES DE PREVENTION (conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/06)					
Dans le cadre du contrat responsable, remboursement de l'ensemble des actes de prévention suivants au titre du poste dont il se réfère : scelllement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans suivant définition à l'article L871-1 du code de la sécurité sociale.					
SERVICES ASSISTANCE		Aide ménagère, services de proximité, prise en charge des enfants de moins de 14 ans,...			
SERVICES ITELIS		Analyse de devis, réseau d'opticiens partenaires,...			

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique

Les garanties et tarifs du présent projet pourront être révisés afin de répondre à la nouvelle définition des contrats responsables, conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

L'intégralité du ticket modérateur est pris en charge pour toutes les catégories de soins énoncées dans le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - FR : Frais réels - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (3170€ en 2015)

* Avant application contribution forfaitaire de 1€ franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du régime obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime générale la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en Long séjour. Etablissements spécialisés, Gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...).

(1) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS (contrat d'accès aux soins) est limitée à :

- 20% de la BR de moins que la prise en charge des médecins ayant adhéré au CAS
- et au maximum 125% BR (pour les soins délivrés en 2015 - 2016) puis 100% BR à partir de 2017

(2) Limité à 30 jours par année civile en psychiatrie et en soins de suite ou de réadaptation (en établissements non conventionnés)

(3) Limité à 15 jours par an

(4) Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à partir de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription médicale (8) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage/surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.

(5) Remboursement sur facture acquittée

(6) Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire - Au delà, remboursement égal à 125 %, conformément au panier de soins ANI dents du sourire : incisives et canines inférieures et supérieures, premières et deuxième prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures (numéros : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,41,42,43,44)

(7) Remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants : pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical) : 80 % de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique 1) : 20 % de la prestation.

ANNEXE OPTIQUE

Base Obligatoire			Enfants de moins de 18 ans		Adulte	
MONTURE			2210546	60 €	2223342	80 €
VERRES	Sphère	Cylindre	LPP	REMBOURSEMENT MUTUELLE (Par Verre)	LPP	REMBOURSEMENT MUTUELLE (Par Verre)
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE	De - 6 à + 6	-	2242457 / 2261874	40 €	2203240 / 2287916	70 €
	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	-	2243304 / 2243540 / 2291088 / 2297441	75 €	2263459 / 2285330 / 2280660 / 2282793	80 €
	< - 10 ou > + 10	-	2248320 / 2273854	80 €	2235776 / 2295896	90 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES	De - 6 à + 6	< + 4	2200393 / 2270413	50 €	2226412 / 2259966	80 €
	< - 6 ou > + 6	< + 4	2219381 / 2283953	80 €	2254868 / 2284527	90 €
	De - 6 à + 6	> + 4	2238941 / 2268385	90 €	2212976 / 2252668	100 €
	< - 6 ou > + 6	> + 4	2206800 / 2245036	100 €	2288519 / 2299523	110 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES	De - 4 à + 4	-	2264045 / 2259245	105 €	2290396 / 2291183	130 €
	< - 4 ou > + 4	-	2202452 / 2238792	115 €	2245384 / 2295198	140 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES	De - 8 à + 8	-	2240671 / 2282221	125 €	2227038 / 2299180	150 €
	< - 8 ou > + 8	-	2234239 / 2259660	135 €	2202239 / 2252042	160 €

Option 1			Enfants de moins de 18 ans		Adulte	
MONTURE			2210546	75 €	2223342	100 €
VERRES	Sphère	Cylindre	LPP	REMBOURSEMENT MUTUELLE (Par Verre)	LPP	REMBOURSEMENT MUTUELLE (Par Verre)
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE	De - 6 à + 6	-	2242457 / 2261874	50 €	2203240 / 2287916	80 €
	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	-	2243304 / 2243540 / 2291088 / 2297441	85 €	2263459 / 2285330 / 2280660 / 2282793	90 €
	< - 10 ou > + 10	-	2248320 / 2273854	90 €	2235776 / 2295896	100 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES	De - 6 à + 6	< + 4	2200393 / 2270413	60 €	2226412 / 2259966	90 €
	< - 6 ou > + 6	< + 4	2219381 / 2283953	90 €	2254868 / 2284527	100 €
	De - 6 à + 6	> + 4	2238941 / 2268385	100 €	2212976 / 2252668	110 €
	< - 6 ou > + 6	> + 4	2206800 / 2245036	110 €	2288519 / 2299523	120 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES	De - 4 à + 4	-	2264045 / 2259245	115 €	2290396 / 2291183	140 €
	< - 4 ou > + 4	-	2202452 / 2238792	125 €	2245384 / 2295198	150 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES	De - 8 à + 8	-	2240671 / 2282221	135 €	2227038 / 2299180	160 €
	< - 8 ou > + 8	-	2234239 / 2259660	145 €	2202239 / 2252042	170 €

Option 2			Enfants de moins de 18 ans		Adulte	
MONTURE			2210546	100 €	2223342	150 €
VERRES	Sphère	Cylindre	LPP	REMBOURSEMENT MUTUELLE (Par Verre)	LPP	REMBOURSEMENT MUTUELLE (Par Verre)
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE	De - 6 à + 6	-	2242457 / 2261874	60 €	2203240 / 2287916	90 €
	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	-	2243304 / 2243540 / 2291088 / 2297441	95 €	2263459 / 2285330 / 2280660 / 2282793	100 €
	< - 10 ou > + 10	-	2248320 / 2273854	100 €	2235776 / 2295896	110 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES	De - 6 à + 6	< + 4	2200393 / 2270413	70 €	2226412 / 2259966	100 €
	< - 6 ou > + 6	< + 4	2219381 / 2283953	100 €	2254868 / 2284527	110 €
	De - 6 à + 6	> + 4	2238941 / 2268385	110 €	2212976 / 2252668	120 €
	< - 6 ou > + 6	> + 4	2206800 / 2245036	120 €	2288519 / 2299523	130 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES	De - 4 à + 4	-	2264045 / 2259245	125 €	2290396 / 2291183	160 €
	< - 4 ou > + 4	-	2202452 / 2238792	135 €	2245384 / 2295198	170 €
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES	De - 8 à + 8	-	2240671 / 2282221	145 €	2227038 / 2299180	180 €
	< - 8 ou > + 8	-	2234239 / 2259660	155 €	2202239 / 2252042	190 €

Remboursement en fonction du type de défaut de vision et niveau de correction.

Sur la base d'une correction exprimée en cylindre positif.

Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à partir de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription médicale d'un ophtalmologiste et tous les ans (à partir de la dernière date de consommation) pour les enfants de moins de 18 ans.