



# Garanties Frais de Santé Salariés relevant de la CCN de l'Assurance

Contrats n° 2704920 et 2704970

NATURE DES PRESTATIONS		REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE (dans le parcours de soins coordonnés) <sup>1</sup>	REMBOURSEMENT TOTAL (SS + BCAC + CONTRATS AXA) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS ENGAGÉS
<b>Médecine courante - Actes conventionnés</b>	<b>Médecins adhérents aux DPTAM</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et visites de généralistes</li> <li>▪ Consultations et visites de spécialistes</li> <li>▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie</li> <li>▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler</li> </ul>	70 % BR 70 % BR 70 % BR 70 % BR	<b>320 % BR</b>
	<b>Médecins non adhérents aux DPTAM</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et visites de généralistes</li> <li>▪ Consultations et visites de spécialistes</li> <li>▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie</li> <li>▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler</li> </ul>	70 % BR 70 % BR 70 % BR 70 % BR	<b>320 % BR</b>
<b>Médecine courante - Actes non conventionnés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)</li> </ul>	60 % BR	<b>310 % BR</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examens médicaux (analyses biologiques)</li> </ul>	60 % BR	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et visites de généralistes</li> <li>▪ Consultations et visites de spécialistes</li> <li>▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie</li> <li>▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler</li> </ul>	70 % BR 70 % BR 70 % BR 70 % BR	<b>200 % BR</b>
<b>Pharmacie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pharmacie avec ou sans tiers payant</li> <li>▪ Contraception prescrite médicalement</li> </ul>	65 %, 30 % ou 15 % BR R ou NR	<b>100 % BR</b> <b>100 % FR dans la limite de 50 €</b> par année civile et par bénéficiaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaccins remboursés par la Sécurité sociale</li> <li>▪ Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché</li> </ul>	Prescrits Prescrits et NR	<b>100 % BR</b> <b>6 % PMSS (202,62 €)</b> par année civile et par bénéficiaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le dépistage de l'hépatite B <ul style="list-style-type: none"> <li>- acte conventionné</li> <li>- acte non conventionné<sup>2</sup></li> </ul> </li> <li>▪ Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (maximum 2 séances par année civile et par bénéficiaire)</li> <li>▪ Ostéodensitométrie sur prescription médicale</li> <li>▪ Amniocentèse non remboursée par la Sécurité sociale</li> <li>▪ Tensiomètre (remboursé après inscription à l'outil d'évaluation de Santésens)</li> <li>▪ Test ADN de dépistage de la trisomie 21 (un test par grossesse en cas de risque de trisomie &gt; 1/250ème)</li> <li>▪ Les médicaments et produits à base de nicotine<sup>3</sup> dans un but de sevrage tabagique</li> <li>▪ Dépistage du cancer colorectal Septine 9</li> </ul>	60 % BR 60 % BR 70 % BR Prescrits et NR Prescrits et NR Prescrits et NR Prescrits et NR Prescrits, R et NR Prescrits, R et NR	<b>310 % BR</b> <b>200 % BR</b> <b>150 % BR</b> Prise en charge d'un examen dans la limite de <b>85 €</b> <b>230 €</b> <b>100 % FR dans la limite de 80 € tous les 3 ans</b> <b>600 €</b> <b>30 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire

<sup>1</sup>Taux de remboursement de la Sécurité sociale si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Hors parcours de soins coordonnés ces taux de remboursements sont diminués et ce désengagement n'est pas pris en charge par la complémentaire, de même que les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés et la participation forfaitaire de 1 €.

<sup>2</sup> En secteur non conventionné, la base de remboursement de la Sécurité sociale est reconstituée afin de correspondre à celle en secteur conventionné.

<sup>3</sup> Avec Autorisation de Mise sur le Marché ou Norme AFNOR

**Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel**

NATURE DES PRESTATIONS		REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE (dans le parcours de soins coordonnés) <sup>1</sup>	REMBOURSEMENT TOTAL (SS + BCAC + CONTRATS AXA) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS ENGAGÉS
<b>Médecine douce</b>	Les séances d'ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététique, sophrologie et naturopathie non remboursées par la Sécurité sociale <sup>4</sup> , dans la limite globale de trois séances par an et par bénéficiaire	NR	Forfait global : <b>4 % PMSS</b> (135,08 €) en vigueur à la date à laquelle les frais ont été engagés
<b>Orthèses – Prothèses non dentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prothèses auditives</li> <li>▪ Appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)</li> <li>▪ Lecteur de glycémie et capteurs Freestyle libre</li> </ul>	60 % BR 60 % BR NR selon les cas	<b>565 % BR</b> <b>465 % BR</b> <b>1 500 euros par année civile et par bénéficiaire</b>
<b>Dentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie (Tarifs opposables)</li> </ul>	70 % BR	<b>150 % BR</b>
	▪ Inlay core	70 % BR	<b>210 % BR</b>
	▪ Orthodontie (TO, ORT) (Tarifs libres)	100 % BR	<b>430 % BR</b>
	▪ Prothèses dentaires fixes, Inlays-Onlays d'obturation remboursés par la Sécurité sociale (limités à 6 par année civile et par bénéficiaire)	70 % BR	<b>entre 375 € et 600 €</b> selon la position de la dent (210 % BR au-delà de 6)
	▪ Appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations)	70 % BR	<b>entre 565 € et 1 850 €</b> selon le type d'appareil et le nombre de dents
	▪ Prothèses provisoires (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)	NR	<b>entre 30 € et 60 €</b> selon la position de la dent
	Implants, dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixture (partie intra –osseuse)</li> <li>▪ Pilier</li> <li>▪ Couronne ou inter de bridge (partie supra-osseuse)</li> </ul>	NR	<b>920 €</b> quelle que soit la position de la dent <b>200 €</b> par dent <b>entre 375 € et 600 €</b> selon la position de la dent (210 % BR pour la couronne ou inter de bridge au-delà de 3)
	Actes de parodontologie non remboursé par la Sécurité sociale, pour les 4 actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Curetage/surfaçage (maximum 2 séances par année civile et par bénéficiaire),</li> <li>▪ Greffe gingivale (maximum une greffe par année civile et par bénéficiaire)</li> <li>▪ Allongement coronaire (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire)</li> <li>▪ Lambeau (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire)</li> </ul>	NR	<b>140 €</b> par séance <b>350 €</b> par greffe <b>120 €</b> par intervention <b>220 €</b> par intervention
	▪ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, avec un maximum de 4 semestres consécutifs	NR	<b>27 % PMSS</b> par semestre (soit 911,79 €)

<sup>4</sup> Le praticien doit être inscrit au répertoire d'Automatisation DEs Listes (ADELI) ou au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

**Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel**

NATURE DES PRESTATIONS		REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE (dans le parcours de soins coordonnés) <sup>1</sup>	REMBOURSEMENT TOTAL (SS + BCAC + CONTRATS AXA) DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS ENGAGÉS
<b>Optique<sup>5</sup></b>	▪ Verres	60 % BR	100 % des montants indiqués dans l' <b>annexe optique</b>
	▪ Monture	60 % BR	<b>6 % PMSS</b> (soit 202,62 €)
	▪ Lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60 % BR ou NR	<b>9 % PMSS</b> (303,93 €) Forfait par année civile et par bénéficiaire
	▪ Chirurgie réfractive au laser, prise en charge de l'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	NR	<b>15 % PMSS</b> (506,55 €) par œil
	▪ Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	NR	<b>326 €</b> par œil
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)</b>	<u>Frais de séjour</u> ▪ Etablissement conventionné ▪ Etablissement non conventionné <sup>2</sup>	80 % BR 80 % BR	<b>100 % FR</b> <b>80 % FR dans la limite de 200 % BR</b> (avec un minimum de 100 % BR)
	<u>Honoraires médicaux et chirurgicaux</u> ▪ Etablissement conventionné - Médecins adhérents aux DPTAM - Médecins non adhérents aux DPTAM ▪ Etablissement non conventionné <sup>2</sup> - Médecins adhérents aux DPTAM - Médecins non conventionnés ou non adhérents aux DPTAM	80 % BR 80 % BR	<b>100 % FR</b> <b>280 % BR</b> <b>200 % BR</b>
	<u>Autres frais</u> ▪ Forfait journalier de la Sécurité sociale ▪ Chambre particulière (par jour)  ▪ Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	NR NR  NR	<b>100 %</b> du forfait <b>3 % PMSS</b> en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (101,31 €) <b>2 % PMSS</b> en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (67,54 €)
	<b>Transport</b>	65 % BR	200 % BR
	<b>Frais d'accouchement</b>	100 % BR	<b>20 % PMSS</b> en vigueur au jour de la naissance (675,40 €)
<b>Cures thermales</b>	65 % BR et 70 % BR	<b>100 % MR + 20 % PMSS</b> (675,40 €) en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour de la cure dans la limite des frais restant à charge	
<b>Services complémentaires</b>	L'assureur met en œuvre des services complémentaires : - en cas de décès suite à un accident corporel, si le bénéficiaire se trouve à plus de 50 km de son domicile, - en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours, - en cas de grossesse ou d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à 5 jours, - en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie.		
<b>Tiers Payant</b>	Disposition particulière permettant à l'assuré et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et remboursés par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie et des cabinets de radiologie.		

<sup>5</sup> Remboursement limité à un équipement optique (1 monture + 2 verres) par bénéficiaire tous les 24 mois (de date à date). Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation devient annuelle (de date à date). 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 24 mois.

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**MR** : Montant Remboursé par la Sécurité sociale

**TM** : Ticket Modérateur de la Sécurité sociale : Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale moins le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR), avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

**DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

**FR** : Frais Réels

**NR** : Non Remboursé

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (montant pour 2019 : 3377 €)

**La participation forfaitaire de 1€ non remboursée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge par l'assureur**

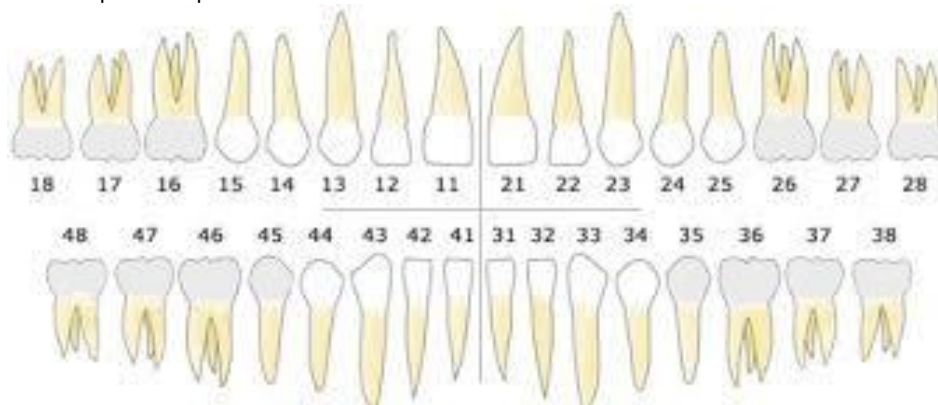
**Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel**

# ANNEXE DENTAIRE

Les appareils amovibles sont pris en charge selon leur type et leur taille :

APPAREILS AMOVIBLES		
<b>Appareil résine</b>	▪ 1 à 6 dents	565 €
	▪ 7 à 13 dents	780 €
<b>Appareil à résine complet</b>	▪ Unimaxillaire	925 €
	▪ Bimaxillaire	1 850 €
<b>Appareil à plaque base métallique</b>	▪ 1 à 6 dents	1 010 €
	▪ 7 à 13 dents	1 235 €

Les prestations sont définies pour chaque dent en fonction de sa situation sur le schéma dentaire ci-dessous :



## Prothèses dentaires fixes (Couronnes, piliers de bridge, inter de bridge et Inlay - Onlay d'obturation) limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures ..... 600 euros par dent (dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
- Deuxièmes prémolaires inférieures, molaires supérieures et inférieures ..... 375 euros par dent (dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

## Prothèses provisoires (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures ..... 60 euros par dent (dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
- Deuxièmes prémolaires inférieures, molaires supérieures et inférieures ..... 30 euros par dent (dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

## Réparation de prothèses et autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale, mais non visés à la présente annexe

430 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

## Implants (limitées à 3 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Fixture (partie intra osseuse) quelle que soit la position de la dent ..... 920 euros par dent
- Pilier de prothèse sur implant quelle que soit la position de la dent ..... 200 euros par dent
- Couronne ou intermédiaire de bridge (partie supra-osseuse)
  - Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures ..... 600 euros par dent (dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
  - Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures ..... 375 euros par dent (dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

## Lexique

TO..... Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste  
 ORT ..... Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin  
 Tarif opposable .... Tarif conventionné ne pouvant pas faire l'objet d'un dépassement de la part des chirurgiens-dentistes conventionnés  
 Tarif libre ..... Tarif fixé librement par le chirurgien-dentiste

**Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel**

# ANNEXE OPTIQUE

## Verres

La garantie relative aux verres est fixée comme suit, par verre, selon la correction à apporter :

**Si un bénéficiaire va chez un opticien du réseau Itelis, il n'a pas de reste à charge sur les verres** qui correspondent à son défaut visuel et son niveau de correction, y compris les éventuels traitements.

DANS LE RÉSEAU				
Classe de défaut visuel	Définition		Verre adulte et enfant	
	Puissance en dioptrie (myopie ou hypermétropie)	Cylindre (astigmatisme)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	0 à 2	Inférieur ou égal à 2	<b>Frais réels</b> dans la limite des plafonds du contrat responsable	
Classe 2	0 à 2	de 2,25 à 4		
	2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2		
Classe 3	2,25 à 4	de 2,25 à 4		
	4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4		
Classe 4	6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4		
	de 0 à 8	supérieur ou égal à 4,25		
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	tous cylindres		

**Si un bénéficiaire va chez un opticien en dehors du réseau Itelis, sa garantie est limitée aux montants définis ci-dessous** (sans bénéfice des tarifs négociés) en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction, pour chacun des verres :

HORS RÉSEAU				
Classe de défaut visuel	Définition		Verre adulte et enfant	
	Puissance en dioptrie (myopie ou hypermétropie)	Cylindre (astigmatisme)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	0 à 2	Inférieur ou égal à 2	<b>95 €</b>	<b>236 €</b>
Classe 2	0 à 2	de 2,25 à 4	<b>123 €</b>	<b>279 €</b>
	2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2		
Classe 3	2,25 à 4	de 2,25 à 4	<b>159 €</b>	<b>283 €</b>
	4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4		
Classe 4	6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4	<b>326 €</b>	<b>326 €</b>
	de 0 à 8	supérieur ou égal à 4,25		
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	tous cylindres	<b>326 €</b>	<b>326 €</b>

**Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel**

## CONTACTS UTILES

---

**Téléconsultation**  
(24h/24 et 7j/7)  
Par téléphone ou vidéo

Site internet

**36 33** depuis la France  
(coût d'un appel local)

**(+33) 1 55 92 27 54**<sup>6</sup> depuis l'étranger  
(coût d'un appel depuis l'étranger)

**<https://www.bonjourdocteur.com>**

**Services d'assistance**

**01 72 59 51 60**<sup>6</sup>  
(appel non surtaxé)

**Santésens**

Site Internet :  
**[santesens.com](https://www.santesens.com)**

---

<sup>6</sup> Vous pouvez retrouver ces numéros sur votre Attestation de tiers payant santé

**Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel**