VOS GARANTIES SANTÉ

BTP Santé Boissière Boissière 2

Valeurs applicables en 2023

Contrat responsable : respect des obligations résultant des dispositions de l'article L.871.1 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part de la Sécurité sociale incluse.	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites (généralistes, spécialistes)	70%	160%BR (200% si méd. adhérent OPTAM)
Actes techniques médicaux	70%	160%BR (180%BR si médecin OPTAM)
Radiologie	70%	160%BR (180%BR si médecin OPTAM)
Soins externes	60% / 70%	160%BR (180%BR si médecin OPTAM)
Honoraires paramédicaux		
Transport	65%	170%BR
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la SS.	60%	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	160%BR
Médicaments		
Médicaments non remb. SS (1)(2)	-	40€/an/bénéf. Maximum de 100€/an/famille
Pharmacie	15% / 30% / 65%	100% BR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	Forfait 30€ par vaccin
Contraceptifs féminins prescrits non remboursés SS (20)	-	40€ / an / bénéficiaire
Matériel médical		
Appareillages orthopédiques et autres prothèses (12)	60%	300% BR
Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la SS	60%	500€ par an par bénéficiaire
HOSPITALISATION		
Honoraires		
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	80%	160% BR (180% si méd. adhérent OPTAM)
Forfait journalier hospitalier		
Forfait hospitalier (4)	-	100% dès le premier jour
Autres prestations d'hospitalisation		
Participation Forfaitaire pour les actes supérieurs à 120€	-	100% du forfait
Forfait patient Urgence (3)	-	100% du forfait
Chambre particulière (dès le 1er jour)	-	60€/jour max 90j/hospi.
Lit accompagnant enfants moins de 12 ans	-	Limité à 30€/jour
OPTIQUE		
Equipement 100% santé		
Equipement optique 100% santé (10)	60%	Frais réels
Autres équipements optique (verres et monture)		
Equipement optique libre à verres unifocaux (5)(6)(7)(8)	60%	100% BR + 400€
Equipement optique libre à verres progressifs (9)(5)(6)(7)(8)	60%	100% BR + 400€

.../...

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part de la Sécurité sociale incluse.	Part de la Sécurité sociale	GARANTIES (Part SS incluse)
Lentilles		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60%	100% BR + 200€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	160€/an/bénéficiaire (max 320€/an/famille)
Chirurgie réfractive de la vue		
Chirurgie de la vue non remboursée par la Sécurité sociale	-	300€ /oeil /an /bénéficiaire
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé		
Prothèses dentaires 100% Santé (11)	70%	Frais réels
Soins dentaires		
Soins dentaires	70%	100% BR
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires à honoraires libres	70%	450%BR
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés (12)(13)	70%	450%BR
Orthodontie		
Orthodontie (pris en charge par le Régime Obligatoire)	100%	300% BR
Implants		
Implant dentaire	-	200€ / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES		
Equipement 100% santé		
Prothèses auditives 100% Santé (17)(14)(15)	60%	Frais réels
Prothèses auditives		
Prothèses auditives (14)(15)	60%	1000€ / oreille
Accessoires prothèses auditives (16)	60%	100%BR
Prothèses auditives (bénéficiaires de moins de 20 ans) (14)(15)	60%	1450€ / oreille
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES		
Cure thermale (18)	65%	100% BR + Forfait 150€
Médecines complémentaires agrées (19)	-	40€ /séance (max 2/an/bénéf.)
Densitométrie osseuse non remboursée	-	Forfait 60€ par an
Sport sur Ordonnance : Adhérents en ALD (21)	-	200€ par an par bénéficiaire
Pédicurie, Podologie	-	40€/An et /Bénéficiaire

Légende

(1) Les médicaments non remboursés incluent les médicaments antipaludéens.
(2) Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée
(3) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale. Non limité en nombre et sans limitation de durée.
(4) Non limité en nombre. Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. Les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
(5) Les forfaits monture et verres simples ne sont pas cumulables avec les forfaits monture et verres progressifs. Forfait par bénéficiaire.
(6) Limité à un équipement (une monture, deux verres) tous les 24 mois pour les personnes de 16 ans et plus, ou tous les 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. La période s'entend à partir du dernier remboursement d'un équipement.
(7) Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/28 texte n°13).
(8) La monture est limitée à 100€
(9) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.
(10) Equipement optique relevant du "100% Santé" tel que défini par l'arrêté du 03.12.2018, dans la limite des prix limites de vente définis par la règlementation.
(11) Prothèses relevant du "100% Santé", tel que défini par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.
(12) Le remboursement annuel est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'art. 12.5 du règlement. Au delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "soins et prothèses 100% Santé"
(13) Prothèses hors "100% santé" auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 01.01.2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'art. L. 162-9 ou par le règlement arbitral prévu à l'art. L. 162-14-2.
(14) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale.
(15) L'ensemble des prothèses dentaires, audioprothèses, prothèses orthopédiques et autres prothèses est limité à 10 000 € par an et par bénéf. Au-delà, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "soins et prothèses 100% Santé"
(16) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants : Ecouteur, Microphone, Embout auriculaire (1/an/appareil, 4 si enfant de moins de 2 ans), Pile sans mercure.
(17) Prothèses auditives relevant du 100% Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'art. L165-1 du code de la SS.
(18) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
(19) Ostéopathe, Chiropracteur, Diététicien, Etiopathe, Psychomotricien, Acupuncteur, Séances de psychologues non remboursées SS. Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de de type ADELI. Soins effectués en France métropolitaine uniquement
(20) Contraception Féminine, Masculine et Test de Grossesse. Sur préscription médicale. Par an et par bénéficiaire.
(21) Pour tous les adhérents en affection de Longue durée (ALD), sur prescription médicale, auprès d'un professionnel agréé en Activité Physique Adaptée (APA)

Lexique

RS : remboursement de la Sécurité sociale
BR : base de remboursement de la Sécurité sociale
NC : non conventionné
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin traitant spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	58,00 €	15,10 €	20,70 €	22,20 €	Prix moyen national de l'acte
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	20,00 €	0,00 €	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	413,00 €	247,70 €	165,30 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte pour un oeil. Hors contrat Chirurgie complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	451,00 €	247,70 €	187,02 €	16,28 €	Prix moyen national de l'acte pour un oeil. Hors contrat Chirurgie complémentaire.
OPTIQUE					
Equipement optique de classe A (monture + verres unifocaux équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	
Equipement optique de classe B (monture + verres unifocaux réseau Sévéane)	339,00 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €	
DENTAIRE					
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et prémières prémolaires (100% Santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (honoraires maîtrisés)	550,00 €	84,00 €	456,00 €	10,00 €	
Couronne céramo-métallique sur molaire	547,90 €	84,00 €	456,00 €	7,90 €	
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	

.../...

EXEMPLES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
Aide auditive de classe II par oreille réseau Sévéane (à partir de 21 ans)	1534,00 €	240,00 €	760,00 €	534,00 €	