

Société CO-NECT - Ensemble du Personnel
Grille de remboursement frais de santé

NATURE DES GARANTIES		Taux de remboursement SS	MONTANT DES GARANTIES en complément de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION*			
Forfait journalier hospitalier			100% du forfait
Honoraires	Médecins adhérents DPTAM	80% ou 100%	100% FR - SS
	Médecins non adhérents DPTAM	80% ou 100%	TM + 100% BR
Frais de séjour	Secteur conventionné	80% ou 100%	100% FR - SS
Chambre particulière (médicale, chirurgicale)	Secteur conventionné ou non	Néant	2% du PMSS / jour
Chambre particulière (ambulatoire)		Néant	40% de la prise en charge tarif chambre hospitalisation complète dans la limite de 40 €
Frais d'accompagnant		Néant	45 € / nuit
Allocation naissance ou adoption		Néant	15% du PMSS / naissance doublé en cas de naissances multiples ou par adoption limitée à la dépense engagée
* En établissement non conventionné, la prise en charge ne peut être inférieure au Ticket Modérateur (TM).			
SOINS COURANTS*			
Généralistes	Médecins adhérents DPTAM	70%	TM + 70% BR
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	TM + 50% BR
Spécialistes	Médecins adhérents DPTAM	70%	TM + 95% BR
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	TM + 75% BR
Actes de petite chirurgie	Médecins adhérents DPTAM	70%	TM + 80% BR
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	TM + 60% BR
Radiologie, Echographie, Ostéodensitométrie, Actes de spécialité	Médecins adhérents DPTAM	70%	TM + 70% BR
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	TM + 50% BR
Honoraires paramédicaux		60%	90% BR
Analyses et examens de laboratoire		60%	90% BR
Médicaments		variable	TM
Matériel médical (Appareillage - Prothèses médicales)		60% ou 100%	140% BR
* En établissement non conventionné, la prise en charge ne peut être inférieure au Ticket Modérateur (TM).			
OPTIQUE (Les forfaits en € pour les équipements optique sont à entendre SS incluse)			
Renouvellement à compter de la date d'acquisition : tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et + / tous les ans enfants + de 6 ans et - de 16 ans / tous les 6 mois enfants - de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans			
Exceptions : renouvellement anticipé pour raisons médicales / 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance			
Le panachage des verres d'une classe et de la monture de l'autre classe est possible			
EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE A" *		60%	100% FR - SS dans la limite des PLV
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "Classe B / tarif libre"			
Équipement monture + 2 verres simples		60%	410 €
Équipement monture + 2 verres complexes		60%	450 €
Équipement monture + 2 verres très complexes		60%	500 €
Dont monture seule		60%	100 €
Lentilles	Lentilles remboursées par la SS	60%	5% du PMSS / an / bénéficiaire
	Lentilles non remboursées SS (y/c jetables)	Néant	5% du PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive		Néant	600 € / œil / an / bénéficiaire
* Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale			
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE *		70%	100% FR -SS dans la limite des HLF
SOINS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE (tarif maîtrisé ** ou tarif libre ***)		70%	100% BR
Inlay, Onlay		70%	130% BR
PROTHESES DENTAIRES NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE (tarif maîtrisé ** ou à tarif libre ***)	Prothèses dentaires remboursées par la SS	70%	380% BR
	Inlay core	70%	380% BR
	Parodontologie remboursée par la SS	70%	TM
	Implantologie remboursée par la SS (prothèse et chirurgie)	70%	380% BR
Prothèses hors panier	Prothèses dentaires non remboursées par la SS	70%	215 € / acte
	Implantologie non remboursée par la SS (implant, support prothèse)	Néant	400 € / implant max 2 / an / bénéficiaire
Orthodontie	Orthodontie remboursée par la SS	70% ou 100%	200% BR
	Orthodontie non remboursée par la SS	Néant	250% BRR
* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la SS (HLF : Honoraires Limites de Facturation) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.			
** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant remboursé par la Sécurité sociale. Le cumul des remboursements servis par la sécurité sociale et la complémentaire santé ne pourra excéder les HLF			
*** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.			
AIDES AUDITIVES (à partir du 1er janvier 2021) (Les forfaits en € pour les équipements auditifs sont à entendre SS incluse)			
Renouvellement à compter de la date de délivrance de l'appareil : dans la limite d'un équipement tous les 4 ans par oreille			
EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE 1" *		60%	100% FR - SS dans la limite des PLV
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE 2" ** : Prothèses, piles et entretien		60%	140% BR
Accessoires et fournitures		60%	
* Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale			
** Le cumul des remboursements servis par la sécurité sociale et la complémentaire santé, au titre des dispositifs médicaux d'aides auditives de classe II ne pourra excéder 1 700 € par bénéficiaire et par appareil (par période de 4 ans).			
TRANSPORT (accepté par la Sécurité Sociale)			
Transport		65%	85% BR
CURE THERMALE (acceptée par la Sécurité Sociale)			
Forfait cure (dans la limite des frais réels)		65% ou 70%	15% du PMSS
OBSEQUES			
Frais d'obsèques dans la limite des frais engagés	Assuré	Néant	100% du PMSS
	Conjoint / Enfant	Néant	
ACTES DE PREVENTION			
Ostéodensitométrie non remboursée par la SS		Néant	35 € / an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la SS sur prescription médicale		Néant	15 € / an / bénéficiaire
Vaccins anti-grippe sur prescription médicale		Néant	100% FR - SS
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES			
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ostéopathe, Pédicure-Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Tabacologue		Néant	30 € / séance maximum 4 séances / an / bénéficiaire
SERVICES ASSOCIES			
Assistance			Oui
Action sociale			Oui

BR = Base de Remboursement Sécurité Sociale - TM = Ticket Modérateur - FR = Frais Réels - DPTAM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée => désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la SS, notamment les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAM-CO)