

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ : GARANTIES ET TARIFS



VOTRE GRILLE DE GARANTIES

	CCSC 1	CCSC 2 / OPTION 2	CCSC 3 / OPTION 3	CCSC 4 / OPTION 4	CCSC 5 / OPTION 5
FRAIS D'HOSPITALISATION					
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires d'un médecin secteur 1 ou adhérent OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Honoraires facturés d'un médecin hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	155% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	-	50€ / J	75€ / J	100€ / J
Lit d'accompagnant	20€ / J	20€ / J	30€ / J	40€ / J	50€ / J
Frais de transport remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Hospitalisation à domicile	100% BR	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
FRAIS MEDICAUX					
Consultations - visites médecins généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Consultations - visites médecins généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR
Consultations - visites médecins spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	160% BR	220% BR	300% BR
Consultations - visites médecins spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	140% BR	180% BR	200% BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	170% BR	240% BR	400% BR
Analyses et examens de laboratoire Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE					
Soins dentaires hors inlays/onlays remboursés par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	150% BR	340% BR	340% BR	420% BR	500% BR
Prothèses dentaires inlays/onlays remboursés par la S.S.	150% BR	340% BR	340% BR	420% BR	500% BR
Implants, piliers implantaires non remboursés par la S.S. (par an/bénéficiaire)	-	-	-	250€	500€
AUTRES PRESTATIONS					
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite (par an/bénéficiaire)	-	-	forfait de 120€	forfait de 260€	forfait de 400€
Vaccin anti-grippe (1 par an/bénéficiaire)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Sur prescription médicale : Pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs, Sevrage tabagique, Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S. (par an/bénéficiaire)	forfait de 30€	forfait de 30€	forfait de 60€	forfait de 120€	forfait de 400€
Pharmacie naturelle ou non, prescrite mais non remboursée (par an/bénéficiaire)	forfait de 25€	forfait de 25€	forfait de 30€	forfait de 40€	forfait de 50€
Cure thermale remboursée par la S.S.	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	500% BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la S.S.	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	500% BR
Prothèses auditives remboursées par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR + 250€ / oreille tous les 2 ans	100% BR + 600€ / oreille tous les 2 ans	100% BR + 1000€ / oreille tous les 2 ans
Actes de prévention du contrat responsable **	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

Les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (sauf prestations exprimées en euros) Les remboursements sont limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables. BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - J : Jour - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale -



GRILLE OPTIQUE

ADULTE

TYPE DE VERRE	SOCLE CSCC 1 ET 2 / OPTION 2	SOCLE CSCC 3 / OPTION 3	SOCLE CSCC 4 / OPTION 4	SOCLE CSCC 5 / OPTION 5
	Rbt Mutuelle	Rbt Mutuelle	Rbt Mutuelle	Rbt Mutuelle
EQUIPEMENT (1 MONTURE + 2 VERRES)				
2 Verres simples ⁽¹⁾ + Monture*	150€	200€	340€	470€
2 Verres complexes ⁽²⁾ + Monture*	300€	370€	500€	750€
2 Verres hyper complexes ⁽³⁾ + Monture*	400€	490€	670€	850€
1 Verre simple ⁽¹⁾ + 1 Verre complexe ⁽²⁾ + Monture*	225€	285€	420€	610€
1 Verre simple ⁽¹⁾ + 1 Verre hyper complexe ⁽³⁾ + Monture*	275€	345€	505€	660€
1 Verre complexe ⁽²⁾ + 1 Verre hyper complexe ⁽³⁾ + Monture*	350€	430€	585€	800€
LENTILLES				
Lentilles remboursées par la S.S.	TM+110€	TM+140€	TM+180€	TM+250€
CHIRURGIE				
Chirurgie réfractive pour les deux yeux (par an/bénéficiaire)	-	330€	410€	500€

Les prestations présentées s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale.

*Prise en charge limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire, sauf en cas d'évolution de la vue (1 équipement tous les ans). La part de prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €.

⁽¹⁾ Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. ⁽²⁾ Verres simple foyer, dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. ⁽³⁾ Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ET DE RESTE À CHARGE*

EN COMPLÉMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Optique - Equipement adulte (2 verres simples + 1 monture) : dépense 450€

	REMBOURSEMENT DE LA CAVIMAC	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE
CSCC 1	4,44€	150,00€		295,56€
CSCC 2 OU OPTION 2	4,44€	150,00€		295,56€
CSCC 3 OU OPTION 3	4,44€	200,00€		245,56€
CSCC 4 OU OPTION 4	4,44€	340,00€		105,56€
CSCC 5 OU OPTION 5	4,44€	445,56€		0,00€

Frais médicaux - Consultation spécialiste OPTAM (ex: ophtalmologiste) : dépense 60€

	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE		RESTE À CHARGE
CSCC 1	19,60€	8,40€		32,00€
CSCC 2 OU OPTION 2	19,60€	8,40€		32,00€
CSCC 3 OU OPTION 3	19,60€	25,20€		15,20€
CSCC 4 OU OPTION 4	19,60€	40,40€		0,00€
CSCC 5 OU OPTION 5	19,60€	40,40€		0,00€

VOS COTISATIONS EN % DU PMSS POUR 2019 (RÉGIME GÉNÉRAL)*

Vos choix d'options

➔ Selon le régime collectif mis en place par votre structure, vous pouvez souscrire une option facultatif.

OPTION 5 +1,62% Soit +54,70€	OPTION 5 +1,42% Soit +47,95€	OPTION 5 +0,92% Soit +31,06%	OPTION 5 +0,62% Soit +20,93%	CSCC 5 Socle obligatoire 2,42% soit 82,74€*
OPTION 4 +1,10% Soit +37,14€	OPTION 4 +0,90% Soit +30,39%	OPTION 4 +0,40% Soit +13,50%	CSCC 4 Socle obligatoire 1,95% soit 65,85€*	
OPTION 3 +0,78% Soit +26,34€	OPTION 3 +0,58% Soit +19,58%	CSCC 3 Socle obligatoire 1,65% soit 55,72€*		
OPTION 2 +0,26% Soit +8,78€	CSCC 2 Socle obligatoire 1,15% soit 38,84€*			
CSCC 1 Socle obligatoire 0,95% soit 32,08€*				

Plafond de la Sécurité sociale 2019 (PMSS)

	Annuel ou PASS	Trimestriel	Mensuel ou PMSS
Plafond de la Sécurité sociale	40 524 €	10 131 €	3 377 €

*Montant en euros non contractuel, les montants indiqués sont à titre indicatifs car pouvant faire l'objet d'un arrondi par le délégataire de gestion (PMSS 2019).

