

ANNEXE 3 – RESUME DES GARANTIES DE L'OPTION « PRESTATIONS AMELIOREES » DU CONTRAT AU 1^{er} JUILLET 2024 (y compris Vitali Essentiel et Surcomplémentaires Obligatoires Non responsables)

STELLANTIS Ensemble du personnel Garanties frais de santé à effet du : 01.07.2024 <i>Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.</i>				
Nature des actes	Option facultative non responsable (y compris les régimes obligatoires) - Régime Général		Option facultative non responsable (y compris les régimes obligatoires) - Régime Alsace Moselle	
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	250% BR		230% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	250% BR		230% BR	
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Analyses et examens de laboratoire	200% BR		170% BR	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	200% BR		170% BR	
Médicaments				
Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM		100% TM	
Matériel médical				
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	400% BR		370% BR	
Autres soins				
Frais de transport	100% TM		100% TM	
Médecines douces et Substituts tabagiques (ostéopathe, chiropraxie, psychomotricien, Etio-pathe, Acupuncture, Substituts nicotiniques)	60€ x 4 séances par an / bénéficiaire		60€ x 4 séances par an / bénéficiaire	
Sevrage tabagique	100€ / an / bénéficiaire		100€ / an / bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	200% BR		180% BR	
Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)	17% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés		17% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	
Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité				
	Conventionné	Non Conventionné	Conventionné	Non Conventionné
Forfait "summier" hospitalier	100% FR		100% FR	
Honoraires				
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	400% BR		400% BR	
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	400% BR		400% BR	
Frais de séjour	400% BR avec mini TM		400% BR avec mini TM	
Chambre particulière	5% PMSS/jour		5% PMSS/jour	
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 17 ans	2.5% PMSS/jour		2.5% PMSS/jour	
<i>Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (sauf en cas de bris de verres ou de monture) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.</i>				
Optique				
Équipements 100% santé (Classe A) (*)	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*		Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*	
(*) Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres indicatifs de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini 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 le régime obligatoire (MR).				
Équipements hors 100% santé (Classe B)				
	Dans le réseau KALIVIA		Hors du réseau KALIVIA	
Monture	Adulte : 185 € Enfant : 140 €		Adulte : 185 € Enfant : 140 €	
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 150 € / verre Classe C : 300 € / verre Classe F : 350 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 150 € / verre Classe C : 300 € / verre Classe F : 350 € / verre
Autres postes optique				
Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire		26% PMSS / paire	
Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire (jetables) ; 26% PMSS / an / bénéficiaire		26% PMSS / paire (jetables) ; 26% PMSS / an / bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	26% PMSS / œil		26% PMSS / œil	
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé (*)				
	100% HLF moins MR		100% HLF moins MR	
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. 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 prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) 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 le régime obligatoire (MR).				
Soins et prothèses hors 100% Santé				
Soins	200% BR		180% BR	
Inlay-onlay remboursés par la SS	200% BR		180% BR	
Parodontologie remboursée par la SS	200% BR		180% BR	
Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BR		180% BR	
Prothèses dentaires				
<i>Limitation prothèses dentaires et implants : 2500 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS</i>			<i>Limitation prothèses dentaires et implants : 2500 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS</i>	
Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)	350% BR		330% BR	
Non prises en charge par la Sécurité sociale	Inlay core : 429 € / Couronne et Pilier : 377 €		Inlay core : 429 € / Couronne et Pilier : 377 €	
Autres actes dentaires				
Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 33% PMSS		Phase chirurgicale : 33% PMSS	
Parodontologie non prise en charge par la SS	300€ par an/bénéficiaire		300€ par an/bénéficiaire	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	400% BR		400% BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	400% BR (jusqu'à 18 ans)		400% BR (jusqu'à 18 ans)	
Supplément imbr de bridge remboursé par la Sécurité sociale	150,50 € par mètre		150,50 € par mètre	
<i>Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.</i>				
Aides auditives				
Équipements 100% santé (Classe 1) (*)				
Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR		100% PLV moins MR	
(*) Equipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. 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 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR)				
Équipements hors 100% santé (Classe 2)				
Audioprothèse (Limite par aide auditive)	600% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)		Remboursée par la SS : 570% BR Non remboursée par la SS : 600% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)	
Accessoires :				
Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM		100% TM	
Actes de prévention				
Pris en charge par la Sécurité sociale	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur			
	Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances		Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances	
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 300% BR		Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 280% BR	
Maternité				
Honoraires chirurgie (césarienne) OPTAM	400% BR		400% BR	
Honoraires chirurgie (césarienne) non OPTAM	400% BR		400% BR	
Honoraires pédiatrique OPTAM	100% BR		100% BR	
Honoraires pédiatrique non OPTAM	100% BR		100% BR	
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)	
Frais de séjour	400% BR		400% BR	
Forfait maternité	50 €		150 €	
<small>Document non contractuel. Seule la notice de l'assureur fait foi</small>				
PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale				
BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.				
TM = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.				
MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.				
FR = Frais Réels.				
BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.				
PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.				
HLF = Honoraires Limites de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.				

