ANNEXE 1 – RESUME DES GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES RESPONSABLES AU 1^{er} JUILLET 2024

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	Régime de base obligatoire "VITALI ESSENTIEL" Responsable - Régime Général	Régime de base obligatoire "VITALI ESSENTIEL" Responsable - Régime Alsace Moselle	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR	
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	80% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR (200% BR Professeurs)	110% BR (180% BR Professeurs)	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)	90% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)	
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR	
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	60% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	60% BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	100% BR	70% BR	
Médicaments			
Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	
Matériel médical			
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	200% BR	170% BR	
Autres soins			
Frais de transport	100% TM	100% TM	
Médecines douces et Substituts tabagiques (ostéopathe, chiropraxie, psychomotricien, Etiopathe, Acupuncture, Substituts nicotiques)	40€ x 1 séance par an/bénéficiaire	40€ x 1 séance par an/bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	100% BR	80% BR	
Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	
Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité			
	<i>Conventionné</i>	<i>Non Conventionné</i>	<i>Conventionné</i>
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	
Honoraires			
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	300% BR	300% BR	
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	
Frais de séjour	300% BR avec mini TM	300% BR avec mini TM	
Chambre particulière	3% PMSS/jour	3% PMSS/jour	
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 17 ans	1.5% PMSS/jour	1.5% 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 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			
Equipements 100% santé (Classe A) (*)		Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*	
<small>(*) 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 d'indices 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).</small>			
Equipements hors 100% santé (Classe B)			
	Dans le réseau KALVIA	Hors du réseau KALVIA	Dans le réseau KALVIA
Monture	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre
Autres postes optique			
Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale		6% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)	
Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale		6% PMSS / paire (jetables : 8% PMSS / an / bénéficiaire)	
Chirurgie de l'œil		8% PMSS / œil	
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé (*)			
		100% HLF moins MR	
<small>(*) 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 prévue 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).</small>			
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 - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BR	180% BR	
Prothèses dentaires			
Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS		Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS	
Prise en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes provisoires)		300% BR	
Non Prises en charge par la Sécurité sociale Inlay core et couronne ou pilier		Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €	
Autres actes dentaires			
Implant non pris en charge par la SS		Phase chirurgicale : 16.5% PMSS	
Parodontologie non prise en charge par la SS		250€ par an/bénéficiaire	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		200% BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		200% BR (jusqu'à 18 ans)	
Supplément inter de bridge remboursé par la Sécurité sociale		129 € par inter	
Aides auditives			
<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>			
Equipements 100% santé (Classe 1) (*)			
Audioprothèse (Limite par aide auditive)		100% PLV moins MR	
<small>(*) 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)</small>			
Equipements hors 100% santé (Classe 2)			
Audioprothèse (Limite par aide auditive)		200% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)	
Accessoires :		Remboursée par la SS : 170% BR Non remboursée par la SS : 200% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)	
Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale		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			
Dépistage annuel complet sus et sous gincival, effectué en 2 séances		Dépistage annuel complet sus et sous gincival, 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		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	
Maternité			
Honoraires chirurgie (césarienne) OPTAM		300% BR	
Honoraires chirurgie (césarienne) non OPTAM		TM + 100% BR	
Honoraires péridurale OPTAM		100% BR	
Honoraires péridurale non OPTAM		80% BR	
Chambre particulière		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)	
Frais de séjour		300% BR	
Forfait Maternité		150 €	
<small>Document non contractuel. Seule la notice de l'assureur fait foi</small>			
<small>OPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. 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 Fixés. BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.</small>			