

	Raison sociale : ATM CROIX DU SUD	
	Collège : Ensemble du personnel	
Les montants des garanties, hors prestations forfaitaires en %PMSS ou en €, sont exprimés en incluant les remboursements du Régime Obligatoire de protection sociale		

Hospitalisation	Base	Option 1
Honoraires		
Médecin adhérent à un DPTAM	300 % BR	450 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	200 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux		
Médecin adhérent à un DPTAM	300 % BR	450 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »	100 % FR	100 % FR
Forfait Patient Urgence	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour		
conventionné	100 % FR	100 % FR
non conventionné	80 % FR	80 % FR
Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans et de plus de 16 ans (sur prescription médicale) par jour	30 €	30 €
Chambre Particulière y compris Maternité, hors ambulatoire, par jour	70 €	70 €
Chambre Particulière par journée (hospitalisation en ambulatoire)	40 €	40 €
Soins courants	Base	Option 1
Actes médicaux		
Médecin généraliste		
adhérent à un DPTAM	200 % BR	250 % BR
non adhérent à un DPTAM	150 % BR	200 % BR
Médecin spécialiste		
adhérent à un DPTAM	250 % BR	300 % BR
non adhérent à un DPTAM	200 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité		
Médecin adhérent à un DPTAM	250 % BR	300 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	150 % BR	200 % BR
Radiologie et Imagerie Médicale		
Médecin adhérent à un DPTAM	250 % BR	300 % BR
Médecin non adhérent à un DPTAM	150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux		
Analyses et examens de laboratoire		
Remboursés par le RO	200 % BR	250 % BR
Non remboursés par le RO, par an et par personne assurée	50 €	100 €
Consultation de psychologues pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	100 €	150 €
Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée	100% Frais réels dans la limite de 200 €	100% Frais réels dans la limite de 200 €
Matériel médical		
Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO	200 % BR	250 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100 % BR	100 % BR
Médecine Douce, par séance et par personne assurée, incluant		
Toutes les spécialités paramédicales justifiant d'un numéro Adeli/RPPS (ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue, psychologue adulte...)	50 €	70 €
Psychologue, Psychomotricien, ergothérapeute pour les moins de 18 ans ou sans limite d'âge pour un enfant handicapé, par an et par personne assurée	400 € (50€ maxi/acte)	500 € (50€ maxi/acte)
Cures thermales		
Frais d'hospitalisation et actes médicaux		
médecin adhérent à un DPTAM	100 % BR	100 % BR
médecin non adhérent à un DPTAM	100 % BR	100 % BR
Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée	150 €	150 €
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le RO	80 €	80 €
Amniocentèse prescrite non remboursée, par an et par personne assurée	270 €	270 €
Aides auditives	Base	Option 1
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Equipements 100 % santé ⁽²⁾	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Equipements hors 100 % santé		
Prothèses auditives prises en charge par le RO (personne âgée de 20 ans et plus)	100 % BR + 1300€	100 % BR + 1300€
Prothèses auditives prises en charge par le RO (personne âgée de moins de 20 ans)	100 % BR + 1300€	100 % BR + 1300€
Accessoires pris en charge par le RO	100 % BR + 85 €	100 % BR + 85 €
Piles prises en charge par le RO	100 % BR + 30 €	100 % BR + 30 €
Optique	Base	Option 1
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽³⁾		
Equipement 100 % santé ⁽²⁾	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Equipements hors 100 % santé		
Equipement optique : 1 monture et 2 verres	Cf Grille Contrat Responsable	
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée		
Lentilles prises en charge par le RO, par an et par personne assurée	TM + 250 €	TM + 250 €
Lentilles prescrites non prises en charge par le RO, par an et par personne assurée	150 €	200 €
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels), par œil	600 €	900 €
Adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien		100% BR
Dentaire	Base	Option 1
Soins et prothèses 100 % santé ⁽²⁾	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation	
Soins et prothèses hors 100 % santé		
Soins et Inlay / Onlay		
Soins		
Inlays / Onlays	250 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires, à tarif libre ou maîtrisé par an et par personne assurée	500 % BR	600 % BR
Prises en charge par le RO (y compris provisoires)	500 % BR	600 % BR
Implantologie dentaire et parodontologie, par an et par personne assurée		
Implantologie dentaire, par implant	600 €	900 €
	600 €	900 €
	Limité à 2 implants	Limité à 2 implants
Parodontologie, par an et par personne assurée	400 €	600 €
Orthodontie		
Prise en charge par le RO	450 % BR	500 % BR
Non prise en charge par le RO, par semestre et par personne assurée	870,75 €	967,50 €
Autres	Base	Option 1
Allocation obsèques en cas de décès du salarié ou des ayants droit d'au moins 12 ans inscrits au contrat	500 €	500 €
Prévention et santé au quotidien	Base	Option 1
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR
Option Assistance	Inclus	Inclus
Solution(s) de télé-médecine proposée(s) par l'assureur	Inclus	Inclus

GRILLE CONTRAT RESPONSABLE (Optique)	Base		Option 1	
Classification verre - Contrat responsable	Forfait 2 verres	Forfait monture	Forfait 2 verres	Forfait monture
Verres simples	180 €	100 €	250 €	100 €
Verres complexes	440 €	100 €	500 €	100 €
Verres très complexes	500 €	100 €	650 €	100 €

1 : Cette prestation concerne uniquement le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux.

2 : Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

3 : Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.