

EEP Santé Tableaux de garanties 2019

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Option 3 (Y compris régime socle)
⌘ HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*) . Frais de séjour (**) . Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile. (**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
. Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique) . Chambre particulière (y compris maternité) . Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	-	1,5 % du PMSS ¹ / jour 1 % du PMSS ¹ / jour	2,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour	3,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour
⌘ LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
⌘ PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM			
⌘ VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire			
⌘ MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-		100 € / an / bénéficiaire	
⌘ CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
⌘ CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres) - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR

» ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
» ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
» ANALYSES MÉDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
» ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER - médecins adhérents à l'un des DPTAM - médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR
» SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie . inlays onlays d'obturation	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 350 % BR
» PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale . inlays core	100 % TM + 200 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 275 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 300 % BR 100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 150 % BR
» ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE • Piliers de bridge sur dent saine, par pilier • Implants dentaires (pose de l'implant et faux moignon implantaire) – par implant • Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	100% BR reconstituée - -	150% de BR reconstituée 100 € 100 € / an /bénéficiaire	200% BR reconstituée 450 € 200 € / an /bénéficiaire	300% BR reconstituée 800 € 400 € / an /bénéficiaire
» FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale . Actes non pris en charge par la Sécurité	100 % TM + 100 % BR 100% BR reconstituée € / semestre	100 % TM + 150 % BR 150% de BR reconstituée / semestre	100 % TM + 200 % BR 200% BR reconstituée / semestre	100 % TM + 350 % BR 300% BR reconstituée / semestre
» PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM + 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM + 300 € / oreille / an / bénéficiaire	
» ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR

<p>» OPTIQUE</p> <p>pour un verre</p> <p>. Verre simple foyer, sphérique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 6 à + 6 o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 o Sphère < - 10 ou > + 10 <p>. Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 <p>. Verre multi-focal ou progressif sphérique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 4 à + 4 o Sphère < - 4 ou > + 4 <p>. Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 8 à + 8 o Sphère < - 8 ou > + 8 <p>Monture (***) sous déduction du remboursement Sécurité Sociale</p>	<p>60 €</p> <p>80 €</p> <p>85 €</p> <p>70 €</p> <p>80 €</p> <p>100 €</p> <p>110 €</p> <p>130 €</p> <p>150 €</p> <p>160 €</p> <p>200 €</p> <p>1,5 % du PMSS²</p>	<p>80 €</p> <p>90 €</p> <p>100 €</p> <p>90 €</p> <p>100 €</p> <p>120 €</p> <p>130 €</p> <p>150 €</p> <p>170 €</p> <p>180 €</p> <p>220 €</p> <p>1,5 % du PMSS²</p>	<p>90 €</p> <p>100 €</p> <p>110 €</p> <p>100 €</p> <p>110 €</p> <p>130 €</p> <p>140 €</p> <p>190 €</p> <p>210 €</p> <p>220 €</p> <p>260 €</p> <p>3,5 % du PMSS²</p>	<p>110 €</p> <p>120 €</p> <p>130 €</p> <p>120 €</p> <p>130 €</p> <p>150 €</p> <p>160 €</p> <p>210 €</p> <p>230 €</p> <p>240 €</p> <p>280 €</p> <p>4,5 % du PMSS²</p>
<p>(***) Le remboursement de la monture est limité au maximum « contrats responsables » de 150 €.</p> <p>La prise en charge par l'organisme recommandé est 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.</p> <p>Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.</p> <p>Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.</p> <p>Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale.</p>				
<p>. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)</p> <p>Au-delà, les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100 % TM.</p> <p>. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser</p>	<p>2 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>-</p>	<p>3 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>10 % du PMSS³ / œil</p>	<p>5 % du PMSS^{2/1} / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS³ / œil</p>	<p>8 % du PMSS² / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles</p> <p>25 % du PMSS³ / œil</p>
<p>» INDEMNITÉS FORFAITAIRES</p> <p>. Maternité Indemnité forfaitaire pour les frais de maternité inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance (Montant versé par enfant)</p> <p>Ce montant est également versé en cas d'adoption</p> <p>. Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours) :</p>	<p>5 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR</p>	<p>10 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS⁵</p>	<p>15 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS⁵</p>	<p>20 % du PMSS⁴</p> <p>100 % TM + 50 % BR + 15 % du PMSS⁵</p>

<p>» MEDECINE DOUCE =(consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRACTIE, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE, PEDICURIE / PODOLOGIE, DIETETIQUE POUR ENFANT DE MOINS DE 12 ANS (****)</p>	<p>Remboursement global de 50 € /séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 4 séances / année civile / bénéficiaire)</p>	<p>Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)</p>
<p>(****) Le praticien doit disposer d'un numéro ADELI (professionnel de santé) ou FINESS (médecin). Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.</p>			
<p>» PRESTATIONS DE PRÉVENTION 1 Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire. 2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). 3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans. 4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). 5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). 6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans. 7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; . Coqueluche : avant 14 ans ; . Hépatite B : avant 14 ans ; . BCG : avant 6 ans ; . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; . Haemophilus influenzae B ; . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques</p>	<p>100 % TM</p>		
<p>1 -- En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation 2 -- En vigueur au jour de la dépense 3 -- En vigueur au jour de l'intervention</p>	<p>4 -- En vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption 5 -- En vigueur au 1^{er} jour de la cure</p>		

