

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'ORGANISME RECOMMANDÉ S'AJOUTE A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME. LE MONTANT TOTAL DES SOMMES VERSEES EST LIMITE AUX FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT.

EEP Santé

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS				COMMENTAIRES
	RÉGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Régime sur-complémentaire HAUT DE GAMME (Y compris Option 2 du régime EEP SANTE)	
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*) . Frais de séjour (**) . Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS (*) 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 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % des Frais Réels - -	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % des Frais Réels 1,5 % du PMSS ¹ / jour 1 % du PMSS ¹ / jour	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % des Frais Réels 2,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour	100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 350 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % des Frais Réels 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	100 € / an / bénéficiaire	
CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)					
- médecins signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR	
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	
CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres)					
- médecins signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR	
- médecins non signataires du CAS	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 signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR	
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	
ANALYSES MEDICALES 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 signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR	
- médecins non signataires du CAS	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	

	REGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Régime sur-complémentaire HAUT DE GAMME (Y compris Option 2 du régime EEP SANTE)	COMMENTAIRES
» 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	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR	
. inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % 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	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR	
. inlays core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR	
» ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ♦ Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	300 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	
♦ Implants dentaires, par implant	-	100 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire	800 € / an / bénéficiaire	
♦ Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	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 (BR = 193,50 €)	100 % TM + 150 % BR 150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	100 % TM + 200 % BR 200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	100 % TM + 350 % BR 300 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	
» PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 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	
» OPTIQUE pour un verre . Verre simple foyer, sphérique (***) o Sphère de - 6 à + 6 o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 o Sphère < - 10 ou > + 10 . Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***) 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 . Verre multi-focal ou progressif sphérique (***) o Sphère de - 4 à + 4 o Sphère < - 4 ou > + 4 . Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***) o Sphère de - 8 à + 8 o Sphère < - 8 ou > + 8					
Monture (***) sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale	1,5 % du PMSS ³	1,5 % du PMSS ³	3,5 % du PMSS ³	4,5 % du PMSS ³	

	REGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)	Régime sur-complémentaire HAUT DE GAMME (Y compris Option 2 du régime EEP SANTE)	COMMENTAIRES
. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale)	2 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS ^{3/} bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	8 % du PMSS ^{3/} bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	
. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	-	10 % du PMSS ⁴ / œil	25 % du PMSS ⁴ / œil	25 % du PMSS ⁴ / œil	
▶ INDEMNITÉS FORFAITAIRES . Maternité . Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours) :	- 100 % TM + 50 % BR	10 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁶	15 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁶	20 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 15 % du PMSS ⁶	
▶ MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRACTIE, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE (****)	Remboursement global de 40 € /séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)	
▶ PRESTATIONS DE PRÉVENTION 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. <ul style="list-style-type: none"> - Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). - 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. - Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). - 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 : <ul style="list-style-type: none"> . 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). - 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. - Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> . 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 	100 % TM				



1 -- En vigueur au 1 ^{er} jour de l'hospitalisation 2 -- [BR – SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale 3 -- En vigueur au jour de la dépense	4 -- En vigueur au jour de l'intervention 5 -- En vigueur à la date de la naissance 6 -- En vigueur au 1 ^{er} jour de la cure
---	---

ABREVIATIONS :	TM ➔ Ticket Modérateur	SS ➔ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
	BR ➔ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale	PMSS ➔ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
	CAS ➔ Contrat d'Accès aux Soins	

(*) 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. 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. 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. 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.**

(**) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.**