

La Défense, 5 juin 2018

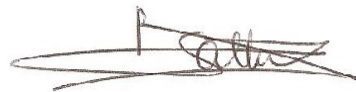
NOTE D'INFORMATION N° 12 / 2018

Objet : Remboursement frais de santé

Veillez trouver ci-joint le tableau adressé ce jour par B2V concernant les remboursements de frais de santé 2018.

Ce tableau associe les remboursements de prévoyance (B2V) et la complémentaire santé Allianz.

La base de référence à prendre en compte pour toute dépense est la colonne "ACTES".
Les exemples de remboursement sont donnés par rapport aux frais réels engagés et à titre indicatif.



Gaëlle BONTET
Directeur

Diffusion générale

**CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE
OPTION E**

Exemples chiffrés au 01/01/2018

Document Non Contractuel

Le contrat complémentaire santé E est un contrat responsable. Ne sont donc pas remboursés :

- la contribution forfaitaire de 1€ sur les consultations ou actes réalisés par un médecin, les examens de radiologie ou d'analyses de biologie médicale
- le **dépassement autorisé** et la majoration du ticket modérateur, en cas de non respect du parcours de soins,
- la franchise médicale instituée depuis le 01/01/2008 sur les médicaments, les auxiliaires médicaux et les transports sanitaires

Ce contrat respecte les seuils et limites de prise en charge prévus dans le cadre du contrat responsable

L'ensemble des garanties (hors lunettes) sont exprimées y compris les remboursements Sécurité Sociale et RPP

GARANTIES		ACTES	Frais Réels	Base SS	REMBOURSEMENTS				Reste à Charge
					Sécurité Sociale	RPP	Allianz	SS + RPP + Allianz	
SOINS COURANTS									
Pharmacie	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Pharmacie 65 %	10,00	10,00	6,50	3,50	0,00	10,00	0,00
		Pharmacie 30 %	10,00	10,00	3,00	2,10	4,90	10,00	0,00
		Pharmacie 15 %	10,00	10,00	1,50	2,10	6,40	10,00	0,00
Analyses	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	B (coeff.100)	27,00	27,00	16,20	10,80	0,00	27,00	0,00
Auxiliaires médicaux	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Acte Kiné (AMK 7)	15,05	15,05	9,03	6,02	0,00	15,05	0,00
		Acte Infirmier (AMI 4)	12,60	12,60	7,56	5,04	0,00	12,60	0,00
Consultations et Visites	DPTM 300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Généraliste (secteur 1)	25,00	25,00	17,50	7,50	0,00	25,00	0,00
		Généraliste /DPTM (honoraires libres)	40,00	25,00	17,50	7,50	15,00	40,00	0,00
		Généraliste / HORS DPTM (honoraires libres)	70,00	23,00	16,10	6,90	23,00	46,00	24,00
	HORS DPTM 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Spécialiste (secteur 1)	25,00	25,00	17,50	7,50	0,00	25,00	0,00
		Spécialiste / DPTM (honoraires libres)	50,00	25,00	17,50	7,50	25,00	50,00	0,00
		Spécialiste / HORS DPTM (honoraires libres)	80,00	23,00	16,10	6,90	23,00	46,00	34,00
		Psychiatre / Neuropsych. (secteur 1)	41,70	41,70	29,19	12,51	0,00	41,70	0,00
Psychiatre / Neuropsych. / DPTM / (honoraires libres)	80,00	41,70	29,19	12,51	38,30	80,00	0,00		
Psychiatre / Neuropsych. / HORS DPTM (honoraires libres)	100,00	39,00	27,30	11,70	39,00	78,00	22,00		
Radiologie	315% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Si DPTM	ADI / DPTM	200,00	46,42	32,49	81,24	32,49	146,22	53,78
	200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Si HORS DPTM	ADI / HORS DPTM	300,00	46,42	32,49	60,35	0,00	92,84	207,16
Prothèse médicale - Orthopédie - Auditive	300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	1 appareillage auditif	1 000,00	199,71	119,83	239,65	239,65	599,13	400,87
Transport accepté Sécurité Sociale	260% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Transport en ambulance	250,00	87,49	56,87	113,74	56,87	227,47	22,53
Actes de Chirurgie - Actes de Spécialité	1000% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Si DPTM	ADC / DPTM	200,00	53,57	37,50	107,14	55,36	200,00	0,00
	200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Si HORS DPTM	ADC / HORS DPTM	300,00	48,62	34,03	63,21	0,00	97,24	202,76

GARANTIES		ACTES	Frais Réels	Base SS	REMBOURSEMENTS				Reste à Charge
					Sécurité Sociale	RPP	Allianz	SS + RPP + Allianz	
HOSPITALISATION									
Frais de séjour	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Séjour	100,00	100,00	80,00	20,00	0,00	100,00	0,00
Forfait hospitalier	100% des frais réels	Forfait Journalier	20,00	0,00	0,00	20,00	0,00	20,00	0,00
Chambre particulière	2,2% du PMSS par jour d'hospitalisation	1 chambre particulière / 1 jour	100,00	0,00	0,00	49,67	23,18	72,84	27,16
Lit accompagnant pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans	1% du PMSS par jour d'hospitalisation (dans la limite des Frais Réels) pendant une durée maximum de 30 jours	Frais de lit accompagnant enfant de moins de 12 ans / 1 jour	40,00	0,00	0,00	0,00	33,11	33,11	6,89
Actes de Chirurgie - Actes de Spécialité	1000% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Si DPTM	ADC / DPTM	800,00	187,89	187,89	375,78	236,33	800,00	0,00
	200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Si HORS DPTM	ADC / HORS DPTM	800,00	183,22	183,22	183,22	0,00	366,44	433,56
DENTAIRE									
Soins dentaires	210% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	Détartrage (AXI)	28,92	28,92	20,24	8,68	0,00	28,92	0,00
Prothèse dentaire Prise en charge par la Sécurité Sociale	455% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	1 couronne	600,00	107,50	75,25	150,50	263,38	489,13	110,88
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité Sociale	455% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	1 couronne	600,00	107,50	0,00	0,00	489,13	489,13	110,88
Orthodontie acceptée par la SS	650% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	1 semestre (TO90)	1 000,00	193,50	193,50	387,00	419,50	1 000,00	0,00
OPTIQUE									
Monture et Verres	Limité à 1 équipement tous les 2 ans, à compter de la date d'achat (1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) Le remboursement de la monture est limité à 150€ .								
Équipement Monture et Verres	Monture + 2 verres simples : 380€	1 paire de lunettes avec : - 1 monture à 150€ - 2 Verres simples à 150€ chacun	450,00	10,16	6,10	100,00	280,00	386,10	63,90
	Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe : 440€								
Équipement Monture et Verres	Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe : 490€	1 paire de lunettes avec : - 1 Monture à 150€ - 2 Verres complexes à 300€ chacun	750,00	23,58	14,15	200,00	300,00	514,15	235,85
	Monture + 2 verres complexes : 500€								
	Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 550€								
Équipement Monture et Verres	Monture + 2 verres très complexes : 600€								
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	80% Frais Réels	1 paire de lentilles	600,00	78,96	47,38	236,88	195,74	480,00	120,00
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	7,6% PMSS/an/bénéficiaire	Lentilles jetables	350,00	0,00	0,00	0,00	251,64	251,64	98,36
Chirurgie réfractive	550 € par œil	Intervention sur 1 œil	1500,00	0,00	0,00	250,00	300,00	550,00	950,00

GARANTIES		ACTES	Frais Réels	Base SS	REMBOURSEMENTS				Reste à Charge
					Sécurité Sociale	RPP	Allianz	SS + RPP + Allianz	
DIVERS									
Actes non remboursés par la sécurité sociale (ostéopathie, acupuncture, homéopathie, chiropractie, étioopathie)	100 € par an et par bénéficiaire (pour l'ensemble de ces actes)	Ostéopathie	160,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	60,00
Médicaments prescrits non remboursés par la SS	50 € par an et par bénéficiaire	Pharmacie refusée	60,00	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00	10,00
Forfait Naissance	20% PMSS Versement d'une indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance multiple) * * Cette indemnité est versée en cas d'accouchement. Elle est due seulement lorsque la mère est bénéficiaire du contrat.	1 naissance					662,20	662,20	
Frais d' obsèques	En cas de décès d'un bénéficiaire, l'Assureur verse une allocation destinée à indemniser l'assuré ou la personne qui a réglé les frais d'obsèques	Pour un adulte Pour un enfant d'au moins 12 ans Pour un enfant de 5 à 11 ans Pour un enfant de - de 5 ans					770,00 385,00 231,00 154,00	770,00 385,00 231,00 154,00	

P.M.S.S : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale **3 311 €** 01/01/2018

DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **HORS DPTM** : Hors Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

SERVICES :

- **Tiers-payant** pharmacie, laboratoire, radiologie, centres de santé, soins externes, auxiliaires médicaux, médecins (généralistes et spécialistes), fournisseurs hors optique/audio et transporteurs sanitaires : avec la carte SP SANTE vous pouvez être dispensé de faire l'avance du ticket modérateur laissé à votre charge par la sécurité sociale. Pour en bénéficier il est impératif de présenter au professionnel de santé la carte VITALE et la carte SP SANTE. Si vous avez bénéficié du tiers-payant uniquement pour la part sécurité sociale, il faut alors adresser au service prestations santé la facture du professionnel justifiant la part réglée.