




### TABLEAU DE GARANTIES

### Essentiel responsable

Vous avez souscrit à la Formule **ESSENTIEL RESPONSABLE**, qui vous permet non seulement de répondre à vos obligations de couverture imposées par l'ANI, mais également de proposer à vos salariés des garanties conformes aux dispositions du contrat responsable <sup>(1)</sup>.

Si vos salariés souhaitent renforcer leurs remboursements de santé versés par le régime obligatoire et leur complémentaire santé, CIPRÉS Assurances leur propose de souscrire à une **SURCOMPLEMENTAIRE**. Pour cela, ils pourront retrouver le détail des prestations proposées dans les tableaux de garantie figurant à la page suivante.

	REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE 	ESSENTIEL RESPONSABLE 	TOTAL 
<b>HOSPITALISATION <sup>(3)</sup></b>			
Séjours conventionnés	80% BR	100% FR	100% FR
Séjours non conventionnés <sup>(4)</sup>	60% BR	80% FR dans la limite de 200% BR	80% FR dans la limite de 280% BR
<b>Honoraires :</b>			
- Praticien non OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné <sup>(2)</sup>	80% BR	TM + 100% BR	200% BR
- Praticien OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	80% BR	100% FR dans la limite de 500% BR	100% FR dans la limite de 580% BR
Chambre particulière (maternité comprise) (par jour)	-	<b>2,0%</b> PMSS (soit 67,54 €)	<b>2,0%</b> PMSS (soit 67,54 €)
Forfait journalier	-	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (par jour) (- de 16 ans et - 20 ans pour les handicapés)	-	<b>1,5%</b> PMSS (soit 50,66 €)	<b>1,5%</b> PMSS (soit 50,66 €)
<b>SOINS COURANTS</b>			
Consultations, visites généralistes :			
- Praticien non OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné <sup>(2)</sup>	70% BR	TM + 50% BR	150% BR
- Praticien OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	70% BR	100% BR	170% BR
Consultations, visites spécialistes :			
- Praticien non OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné <sup>(2)</sup>	70% BR	TM + 50% BR	150% BR
- Praticien OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	70% BR	100% BR	170% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale :			
- Praticien non OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné <sup>(2)</sup>	70% BR	TM + 50% BR	150% BR
- Praticien OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	70% BR	100% BR	170% BR
Psychologue (par bénéficiaire et pour un enfant moins de 18 ans)	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Psychomotricien (par bénéficiaire)	-	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Auxiliaires médicaux	60% BR	100% BR	160% BR
Analyses	60%, 70% BR	100% BR	Jusqu'à 170% BR
Radiologie :			
- Praticien non OPTAM/OPTAM-CO ou non conventionné <sup>(2)</sup>	70% BR	TM + 50% BR	150% BR
- Praticien OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	70% BR	100% BR	170% BR
Pharmacie	15%, 30%, 65%, 100% BR	TM	100% BR
Médicaments non remboursables par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	20 €	20 €
<b>MEDECINE DOUCE</b>			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étiope, naturopathe, acupuncteur (par bénéficiaire)	-	35€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)	35€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires	70% BR	100% BR	170% BR
Inlays, onlays	70% BR	150% BR	220% BR
Orthodontie acceptée par le RO	70% - 100% BR	200% BR	Jusqu'à 300% BR
Orthodontie non acceptée le RO (par an et par bénéficiaire)	-	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)
Prothèses prises en charge par le RO	70% BR	200% BR	270% BR
Inlays cores	70% BR	150% BR	220% BR
Parodontologie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)
Implantologie (par implant, dans la limite de 2 / an / bénéficiaire) <sup>(5)</sup>	-	<b>10,0%</b> PMSS (soit 337,70 €)	<b>10,0%</b> PMSS (soit 337,70 €)
<b>Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire <sup>(6)</sup></b>	-	<b>49,5%</b> PMSS (soit 1671,62 €) les 2 premières années puis <b>82,5%</b> PMSS (soit 2786,03 €) les années suivantes	
<b>AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGES</b>			
Orthopédie, appareils auditifs, appareillages et accessoires médicaux	60% BR	200% BR	260% BR
<b>OPTIQUE</b>			
		<b>Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue</b>	
<b>LUNETTES ACCEPTÉES - ENFANTS JUSQU'À 12 ANS INCLUS</b>			
Équipement simple (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls <sup>(7)</sup>	60% BR	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)	Remboursement RO + <b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €) dans la limite des FR
Équipement complexe (2 verres + 1 monture) : seule ou monture + verres ou verres seuls <sup>(7)</sup>	60% BR	<b>6,5%</b> PMSS (soit 219,51 €) dans la limite de 150€ pour la monture seule	Remboursement RO + <b>6,5%</b> PMSS (soit 219,51 €) dans la limite des FR
<b>LUNETTES ACCEPTÉES - ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS <sup>(8)</sup></b>			
Monture seule <sup>(7)</sup>	60% BR	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)	Remboursement RO + <b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction entre -4 et +4)	60% BR	<b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €)	Remboursement RO + <b>3,5%</b> PMSS (soit 118,20 €) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction supérieure à +4)	60% BR	<b>4,0%</b> PMSS (soit 135,08 €)	Remboursement RO + <b>4,0%</b> PMSS (soit 135,08 €) dans la limite des FR
Verres multifocaux (correction entre -8/+8)	60% BR	<b>7,0%</b> PMSS (soit 236,39 €)	Remboursement RO + <b>7,0%</b> PMSS (soit 236,39 €) dans la limite des FR
Autres verres multifocaux (hors zone -8/+8)	60% BR	<b>10,0%</b> PMSS (soit 337,70 €)	Remboursement RO + <b>10,0%</b> PMSS (soit 337,70 €) dans la limite des FR
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	60% BR	<b>6,5%</b> PMSS (soit 219,51 €)	Remboursement RO + <b>6,5%</b> PMSS (soit 219,51 €) dans la limite des FR
<b>Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire <sup>(6)</sup></b>	-	<b>10,5%</b> PMSS (soit 354,59 €)	<b>10,5%</b> PMSS (soit 354,59 €)
Chirurgie réfractive (par an et par œil)	-	<b>7,0%</b> PMSS (soit 236,39 €)	<b>7,0%</b> PMSS (soit 236,39 €)

	REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE	ESSENTIEL RESPONSABLE	TOTAL
<b>TRANSPORT</b>			
Transport accepté par le RO	65% BR	TM	100% BR
<b>MATERNITE</b>			
Forfait naissance ou adoption <sup>(9)</sup>	-	6,5% PMSS (soit 219,51 €)	6,5% PMSS (soit 219,51 €)
Dépassement d'honoraires	-	Pendant la période de grossesse ainsi qu'en cas d'accouchement par césarienne, les dépassements d'honoraires sont couverts au titre des garanties prévues par chaque poste. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge en cas d'accouchement par voie basse.	
<b>CURE</b>			
Cure thermale acceptée par le RO <sup>(10)</sup> (par an et par bénéficiaire)	70% BR	10,0% PMSS (soit 337,70 €)	Remboursement RO + 10,0% PMSS (soit 337,70 €) dans la limite des FR
<b>PREVENTION ET AUTRES SOINS</b>			
Sevrage tabagique: patch, gomme... (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	50 €
Pilules contraceptives (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	50 €
Vaccin anti grippe (1 par an et par bénéficiaire)	-	100% FR	100% FR
Actes de prévention pris en charge par le RO <sup>(11)</sup>	-	Pris en charge	Pris en charge
Forfait ostéodensitométrie non remboursé par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	50 €
Autres actes remboursés par le RO <sup>(12)</sup>	-	TM	100% BR
<b>ASSISTANCE</b>			
Assistance* Une assistance accessible 24H/24 et 7J/7	-	<p>- Des services de confort en cas d'accident, d'hospitalisation ou d'immobilisation: déplacement au chevet d'un proche, aide ménagère, garde-malade, livraison de courses, livraison de médicaments, garde d'enfants, conduite à l'école et retour au domicile, soutien scolaire, conseils médicaux, transport des animaux domestiques...</p> <p>- Des services d'information: assistance téléphonique, plateforme de conseils santé, aide juridique, services en ligne, aide et formalités "obsèques"...</p> <p>- Des services "plus" en cas de décès, maladie ou accident corporel: transport sanitaire, rapatriement, prise en charge du voyage et rapatriement du défunt vers le lieu d'inhumation en France, frais d'hébergement...</p> <p>- Des prestations pour les enfants malades: répétiteur scolaire, garde au domicile de l'enfant malade;</p> <p>- Une Aide aux aidants: garde des personnes à charge, transfert des personnes à charge, prise en charge et organisation du transport aller- retour d'un proche.</p> <p>*Les prestations d'assistance sont soumises à conditions. Pour plus de détails, vous pouvez consulter la Notice d'Information</p>	
Réseau de soins		Carte Blanche (Optique, Dentaire et Audioprothèses)	

Les prestations sont versées dans la limite des dispositions prévues aux conditions générales.

Document non contractuel. Les montants sont calculés par rapport aux remboursements effectués par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire connue en date du 01/04/2015, hors Alsace-Moselle. Les garanties indiquées dans la colonne portant la notion "Responsable" sont exprimées en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré.

RO : Régime Obligatoire - FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - TM : Ticket Modérateur  
PMSS 2019 : 3 377 €

(1) Contrat Responsable : le contrat respectant les obligations visées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application.

(2) Depuis le 1er Janvier 2017, le CAS est remplacé par l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) destinée aux médecins de secteur 2 et par l'OPTAM CO applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique, qui a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, optimiser la qualité des soins, maîtriser les dépenses de santé (réduction du reste à charge pour les patients, maîtrise des déficits de l'Assurance Maladie, limiter le niveau des dépassements d'honoraires), moderniser et valoriser la médecine libérale (rémunération et conditions d'exercices des médecins libéraux). La convention médicale en date du 25 août 2016 prévoit qu'aucune adhésion au CAS ne sera possible à compter du 1er janvier 2017. Les médecins ayant adhéré au CAS se verront proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat. Les remboursements des actes pratiqués par un signataire de l'OPTAM ou OPTAM CO sont identiques à ceux des actes pratiqués par un signataire du CAS.

(3) Les séjours (frais de séjour, hébergement et honoraires) et la chambre particulière en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge tels que définis dans le tableau de garanties dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de 90 jours, la prise en charge est limitée au remboursement du TM.

(4) Les actes non conventionnés : le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué sur la base du tarif d'autorité, fixé par le Ministre chargé de la Sécurité sociale, égal à 16% de la base de remboursement.

(5) L'implantologie = implant + pilier + couronne sur implant si non prise en charge par le RO + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire.

(6) Pour les plafonds dentaires et optiques (hors verres multifocaux hors zone), les plafonds s'entendent par année civile. En cas de dépassement du plafond, le remboursement est limité au TM.

(7) La prise en charge de la monture est limitée à 150€.

(8) Le remboursement d'un équipement mixte s'obtient en additionnant le forfait monture seule ainsi que la moitié du forfait verre unifocal et la moitié du forfait verre multifocal, correspondant à la correction optique de l'assuré.

(9) Forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

(10) Hors frais de transport.

(11) Les actes de prévention pris en charge par le RO sont les actes tel que le scellement de sillons, le détartrage annuel sus et sous-gingival, ou encore la vaccination comme le DTP.

(12) Le remboursement du RO sera fonction de la nature de l'acte.