

TABLEAU DE GARANTIES SANTÉ TNS

Table with 5 columns: HOSPITALISATION, SOINS COURANTS, MÉDECINE DOUCE, DENTAIRE, OPTIQUE, LUNETTES ACCEPTÉES, TRANSPORT, MATERNITÉ, CURE, PRÉVENTION ET AUTRES SOINS, SERVICES. Each row lists a service with corresponding coverage percentages and monetary limits across five categories: ESSENTIEL, SÉCURITÉ, CONFORT, and EXCELLENCE.

Les prestations sont versées dans la limite des dispositions prévues aux conditions générales. Les prestations d'assistance sont soumises à conditions. Pour plus de détails, vous pouvez consulter la Notice d'Informations Document non contractuel. Les montants sont calculés en fonction des remboursements effectués par le RO (remboursements connus en date du 01/04/2015 hors Alsace Moselle) auxquels s'ajoutent les remboursements de la complémentaire. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré.

(1) Les garanties présentées dans ce document cumulent les garanties responsables (déductibles Madelin - en moyenne 95%) et les garanties non responsables proposées dans notre gamme TNS. 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) CAS\*\* : Le Contrat d'Accès aux Soins est signé entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients. (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. (4) Les actes non conventionnés : le remboursement des actes dispensés par un médecin 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 au sein de l'équipement est limitée à 150€.

Assistance : une assistance accessible 24H/24 et 7J/7 Réseau de soins Assistance spéciale Chef d'Entreprise



Poster tableau de garanties santé CIPRÉS Assurances - 05/2017 - Document non contractuel.

	PANIER DE SOINS ANI	PANIER DE SOINS ANI +	PANIER DE SOINS ANI CCN	ESSENTIEL RESPONSABLE	SÉCURITÉ RESPONSABLE	CONFORT RESPONSABLE	EXCELLENCE RESPONSABLE
<b>HOSPITALISATION <sup>(2)</sup></b>							
Séjours conventionnés	100% BR	150% BR	150% BR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Séjours non conventionnés <sup>(4)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	80% FR dans la limite de 280% BR	80% FR dans la limite de 280% BR	80% FR dans la limite de 280% BR	80% FR dans la limite de 280% BR
Honoraires : ▶ Praticien non signataire du CAS <sup>(2)</sup> ou en secteur non conventionné <sup>(4)</sup>	100% BR	130% BR	130% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
▶ Praticien signataire du CAS <sup>(2)</sup>	100% BR	150% BR	150% BR	100% FR dans la limite de 580% BR	100% FR dans la limite de 580% BR	100% FR dans la limite de 580% BR	100% FR
Chambre particulière (maternité comprise) (par jour)	1% PMSS (soit 32,69 €)	1,5% PMSS (soit 49,04 €)	1,5% PMSS (soit 49,04 €)	2% PMSS (soit 65,38 €)	2,5% PMSS (soit 81,73 €)	3,5% PMSS (soit 114,42 €)	4% PMSS (soit 130,76 €)
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (par jour) (- de 16 ans et - 20 ans pour les handicapés)	0,5% PMSS (soit 16,35 €)	1% PMSS (soit 32,69 €)	1% PMSS (soit 32,69 €)	1,5% PMSS (soit 49,04 €)	1,5% PMSS (soit 49,04 €)	1,5% PMSS (soit 49,04 €)	1,5% PMSS (soit 49,04 €)
<b>SOINS COURANTS</b>							
Consultations, visites généralistes : ▶ Praticien non signataire du CAS <sup>(2)</sup> ou en secteur non conventionné <sup>(4)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
▶ Praticien signataire du CAS <sup>(2)</sup>	100% BR	110% BR	110% BR	170% BR	220% BR	320% BR	420% BR
Consultations, visites spécialistes : ▶ Praticien non signataire du CAS <sup>(2)</sup> ou en secteur non conventionné <sup>(4)</sup>	100% BR	130% BR	130% BR	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
▶ Praticien signataire du CAS <sup>(2)</sup>	120% BR	150% BR	150% BR	170% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale : ▶ Praticien non signataire du CAS <sup>(2)</sup> ou en secteur non conventionné <sup>(4)</sup>	100% BR	130% BR	130% BR	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
▶ Praticien signataire du CAS <sup>(2)</sup>	120% BR	150% BR	150% BR	170% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Psychologue (par bénéficiaire et pour un enfant de moins de 18 ans)	-	-	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	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)	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	40€ / séance (dans la limite de 10 séances / an)
Auxiliaires médicaux	100% BR	110% BR	110% BR	160% BR	260% BR	360% BR	460% BR
Analyses	100% BR	Jusqu'à 120% BR	Jusqu'à 120% BR	Jusqu'à 170% BR	Jusqu'à 270% BR	Jusqu'à 370% BR	Jusqu'à 470% BR
Radiologie : ▶ Praticien non signataire du CAS <sup>(2)</sup> ou en secteur non conventionné <sup>(4)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
▶ Praticien signataire du CAS <sup>(2)</sup>	100% BR	120% BR	120% BR	170% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non remboursables par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	20 €	30 €	40 €	50 €
<b>MÉDECINE DOUCE</b>							
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étiothérape, naturopathe, acupuncteur (par bénéficiaire)	25€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)	30€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)	30€ / séance (dans la limite de 3 séances / an)	35€ / séance (dans la limite de 3 séances / an )	40 € / séance (dans la limite de 3 séances / an )	45€ / séance (dans la limite de 3 séances / an )	50€ / séance (dans la limite de 3 séances / an )
<b>DENTAIRE</b>							
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	170% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Inlays, onlays	130% BR	130% BR	170% BR	220% BR	320% BR	420% BR	520% BR
Orthodontie acceptée par le RO	Jusqu'à 160% BR	Jusqu'à 160% BR	Jusqu'à 200% BR	Jusqu'à 300% BR	Jusqu'à 350% BR	Jusqu'à 400% BR	Jusqu'à 450% BR
Orthodontie non acceptée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	3,5% PMSS (soit 114,42 €)	5% PMSS (soit 163,45 €)	6,5% PMSS (soit 212,49 €)	8% PMSS (soit 261,52 €)
Prothèses prises en charge par le RO	130% BR	170% BR	270% BR	270% BR	370% BR	470% BR	570% BR
Inlays cores	130% BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR	220% BR
Parodontologie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	3,5% PMSS (soit 114,42 €)	5% PMSS (soit 163,45 €)	6,5% PMSS (soit 212,49 €)	8% PMSS (soit 261,52 €)
Implantologie (par implant, dans la limite de 2 / an / bénéficiaire) <sup>(5)</sup>	-	-	-	10% PMSS (soit 326,90 €)	16,5% PMSS (soit 539,39 €)	23% PMSS (soit 751,87 €)	29,5% PMSS (soit 964,36 €)
<b>Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire<sup>(6)</sup></b>	-	-	-	49,5% PMSS (soit 1 618,16 €) les 2 premières années et 82,5% PMSS (soit 2 696,93 €) les années suivantes	66% PMSS (soit 2 157,54 €) les 2 premières années et 100% PMSS (soit 3 269 €) les années suivantes	82,5% PMSS (soit 2 696,93 €) les 2 premières années et 115% PMSS (soit 3 759,35 €) les années suivantes	100% PMSS (soit 3 269 €) les 2 premières années et 132% PMSS (soit 4 315,08 €) les années suivantes
<b>AUTRES PROTHÈSES ET APPAREILLAGES</b>							
Orthopédie, appareils auditifs, appareillages et accessoires médicaux	100% BR	160% BR	160% BR	260% BR	360% BR	460% BR	560% BR
<b>OPTIQUE</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>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>	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 7,5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>
Équipement complexe (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 8% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 9% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>	Remboursement RO + 10% PMSS dans la limite des FR <sup>(7)</sup>
<b>LUNETTES ACCEPTÉES - ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS<sup>(8)</sup></b>							
Monture seule	Remboursement RO + 1,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 2% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 2,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4,5% PMSS dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction entre -4 et +4)	Remboursement RO + 2% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 5,5% PMSS dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction supérieure à +4)	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 7,5% PMSS dans la limite des FR
Verres multifocaux (correction entre -8/+8)	Remboursement RO + 5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 6% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 7% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 10% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 13% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 16,5% PMSS dans la limite des FR
Autres verres multifocaux (hors zone -8/+8)	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 7% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 7% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 10% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 12% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 20% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 22% PMSS dans la limite des FR
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	Remboursement RO + 3,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 4% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 6,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 8% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 10% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 11,5% PMSS dans la limite des FR
<b>Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire<sup>(6)</sup></b>	-	-	-	10,5% PMSS (soit 343,25 €)	14,5% PMSS (soit 474,01 €)	18% PMSS (soit 588,42 €)	23% PMSS (soit 751,87 €)
Chirurgie réfractive (par an et par œil)	-	-	-	7% PMSS (soit 228,83 €)	11,5% PMSS (soit 375,94 €)	15% PMSS (soit 490,35 €)	18% PMSS (soit 588,42 €)
<b>TRANSPORT</b>							
Transport accepté par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MATERNITÉ</b>							
Forfait naissance ou adoption <sup>(9)</sup>	3% PMSS (soit 98,07 €)	5% PMSS (soit 163,45 €)	5% PMSS (soit 163,45 €)	6,5% PMSS (soit 212,49 €)	8% PMSS (soit 261,52€)	10% PMSS (soit 326,90 €)	11,5% PMSS (soit 375,94 €)
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>CÛRE</b>							
Cure thermale acceptée par le RO <sup>(10)</sup> (par an et par bénéficiaire)	100% BR	170% BR	170% BR	Remboursement RO + 10% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 16,5% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 23% PMSS dans la limite des FR	Remboursement RO + 29,5% PMSS dans la limite des FR
<b>PRÉVENTION ET AUTRES SOINS</b>							
Sevrage tabagique : patch, gomme... (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	50 €	50 €	50 €	50 €
Pilules contraceptives (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	50 €	50 €	50 €	50 €
Vaccin anti grippe (1 par an et par bénéficiaire)	-	-	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Actes de prévention pris en charge par le RO <sup>(11)</sup>	-	-	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Forfait ostéodensitométrie non remboursé par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €
Autres actes remboursés par le RO <sup>(12)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>SERVICES</b>							
<b>Assistance : une assistance accessible 24H/24 et 7J/7</b>	<b>Des services de confort en cas d'accident, d'hospitalisation ou d'immobilisation :</b> 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... <b>Des services d'information :</b> assistance téléphonique, plateforme de conseils santé, aide juridique, services en ligne, aide et formalités «obésèques»... <b>Des services «plus» en cas de décès, maladie ou accident corporel :</b> transport sanitaire, rapatriement, prise en charge du voyage et rapatriement du défunt vers le lieu d'inhumation en France, frais d'hébergement... <b>Des prestations pour les enfants malades :</b> répétiteur scolaire, garde au domicile de l'enfant malade. <b>Aide Aide aux aidants :</b> garde des personnes à charge, transfert des personnes à charge, prise en charge et organisation du transport aller- retour d'un proche.						
Réseau de soins	<b>Carte Blanche (Optique, Dentaire, Audioprothèses)</b>						

Les prestations sont versées dans la limite des dispositions prévues aux conditions générales. Les prestations d'assistance sont soumises à conditions. Pour plus de détails, vous pouvez consulter la Notice d'Informations Document non contractuel. Les montants sont calculés en fonction des remboursements effectués par le RO (remboursements connus en date du 01/04/2015 hors Alsace Moselle) auxquels s'ajoutent les remboursements de la complémentaire. 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 2017 : 3 269 €

(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) CAS<sup>(2)</sup> : Le Contrat d'Accès aux Soins est signé entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients. La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent régime diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.  
 (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 au sein de l'équipement est limitée à 150€.  
 (8) Le remboursement d'un équipement mûle 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 double 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.

\* Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le CAS est remplacé par OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) destinée aux médecins spécialistes de secteur 2 et par 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'exercice des médecins libéraux) La convention médicale en date du 25 août 2016 prévoit qu'aucune adhésion au CAS n'est possible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les médecins ayant adhéré au CAS se voient proposés 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.

Les garanties indiquées dans ce tableau incluent les prestations du Régime Obligatoire.