

Remboursement TOTAL (Régime Obligatoire + SMATIS FRANCE)(en % de la BR - Euros ou PMSS)	KIM 1	KIM 2	KIM 3	KIM 4
HOSPITALISATION dans un établissement conventionnés et non conventionnés **				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (1)	100%	125%	150%	200%
Analyses médicales et auxiliaires médicaux				
Frais de séjour				
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €	OUI			
Forfait hospitalier (2)	100% FR			
Chambre particulière, hors maternité par jour (3)	Néant	30 €	45 €	60 €
Frais d'accompagnant enfants – 16 ans, hors cure par jour (limité à 20 jours/an)	15 €			
Frais de location TV par jour (limité à 120€/ an)	2 €			
SOINS COURANTS				
Consultations, visites – Médecins Généralistes, Spécialistes (1)	100%	125%	150%	200%
Actes d'imagerie, d'échographie (1)				
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (1)				
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, ...				
Frais d'analyse et de laboratoire (1)	OUI			
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €	OUI			
PHARMACIE				
Frais pharmaceutiques et vaccins pris en charge par le RO	100%			
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO				
FORFAIT BIEN ETRE				
Ostéopathe, podologue (praticiens diplômés) par séance	30 € (max. 2 séances/an/ bénéficiaire)	30 € (max. 3 séances/an/ bénéficiaire)	30 € (max. 4 séances/an/ bénéficiaire)	30 € (max. 5 séances/an/ bénéficiaire)
Ostéodensitométrie refusée (par acte)	23 €	25 €		
Vaccins non remboursés (par an)	20 €			
Sevrage tabagique pris en charge par le RO	50 €			
OPTIQUE				
Monture + verres (4)	60% + voir annexe optique			
Monture + verres (4)				
Lentilles prises en charge ou non par le RO (sprescription ophtalmolde - de 3 ans)	100% / Néant + 50 €	100% / Néant + 70 €	100% / Néant + 70 €	100% / Néant + 90 €
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par œil)	100 €	200 €		
ACTES DENTAIRE pris en charge par le RO				
Soins dentaires	100%			200%
Prothèses dentaires, y compris couronne sur implant (5)	125%	175%		250%
Orthodontie		150%	200%	
ACTES DENTAIRE non pris en charge par le RO				
Implantologie (par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire) (5)	Néant	100 €	150 €	200 €
TRANSPORT				
Frais de transports pris en charge par le RO	100%			
APPAREILLAGE				
Prothèses médicales – Orthèses, divers pris en charge par le RO	100%			
Appareil auditif (par oreille), pris en charge par le RO	100%	100% + 50 €	100% + 100 €	100% + 125 €
Prothèses « capillaires - mammaires », prises en charge par le RO	100%			
MATERNITE				
Chambre particulière par jour	Néant	30 €	45 €	60 €
CURES THERMALES remboursées par le RO				
Honoraires méd. (forfait de surveillance méd., pratiques méd. complémentaires)	70%	100%		
Frais d'hébergement et de transport	65%			
ACTES DE PREVENTION (conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/06)				
Dans le cadre du contrat responsable, remboursement de l'ensemble des actes de prévention suivants au titre du poste dont il se réfère : scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans suivant définition à l'Article L871-1 du code de la sécurité sociale.				
ASSISTANCE				
Aide à domicile, services de proximité, prise en charge des enfants de - de 14 ans.,	Inclus			
SERVICES ITILIS				
Analyse de devis, réseau d'opticiens partenaires,..	Inclus			
BONUS COUP DUR				
Exonération des cotisations (selon conditions fixées)	Inclus			

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique

L'intégralité du ticket modérateur est pris en charge pour toutes les catégories de soins énoncées dans le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - FR : Frais réels - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (3218€ en 2016)

* Avant application contribution forfaitaire de 1€ franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du régime obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Prise en charge limitée au ticket modérateur en Long séjour, Etablissements spécialisés, Gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...).

(1) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS (Contrat d'Accès aux Soins) est limitée à :

- 20 % BR de moins que la prise en charge des médecins ayant adhéré au CAS,

- et au maximum 125 % BR (pour les soins délivrés en 2015-2016) puis 100 % BR à partir de 2017

(2) Forfait hospitalier : Exclu en établissements EHPAD et MAS.

(3) Exclusion en psychiatrie, en soins de suite ou de réadaptation et en ambulatoire.

(4) Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à partir de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription médicale d'un ophtalmologiste et tous les ans (à partir de la dernière date de consommation) pour les enfants de moins de 18 ans.

(5) En aucun cas le cumul des forfaits (prothèses dentaires, bridges dentaires, appareils stellites, implants) ne pourra dépasser 600€ pour KIM 2, 800 € pour KIM 3 et 1200€ pour KIM 4 par année civile et par bénéficiaire, au-delà prise en charge du Panier de Soins.

Pour l'implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants : pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical) : 80 % de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique 1) : 20 % de la prestation.

ANNEXE OPTIQUE

REMBOURSEMENT MUTUELLE					
MYOPIE OU HYPERMETROPIE (puissance en dioptrie)	ASTIGMATISME (cylindre ou tore)	KIM 1	KIM 2	KIM 3	KIM 4
		dont Monture : 50€	dont Monture : 50€	dont Monture : 100€	dont Monture : 120€
De - 6 à + 6	< ou = à 4	100,00 €	100,00 €	200,00 €	260,00 €
De - 6 à + 6	> à 4	200,00 €	200,00 €	260,00 €	320,00 €
Au-delà de - 6 à + 6	Avec ou sans astigmatisme				
De - 4 à + 4	Sans astigmatisme	200,00 €	200,00 €	260,00 €	320,00 €
De - 8 à + 8	Avec astigmatisme	200,00 €	200,00 €	260,00 €	320,00 €
Au-delà de - 4 à + 4	Sans astigmatisme	200,00 €	200,00 €	260,00 €	320,00 €

Remboursement en fonction du type de défaut de vision et niveau de correction. Sur la base d'une correction exprimée en cylindre positif. Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à partir de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription médicale d'un ophtalmologiste et tous les ans (à partir de la dernière date de consommation) pour les enfants de moins de 18 ans. **Le remboursement pour un verre, selon le niveau de correction, est le REMBOURSEMENT MUTUELLE réduit de moitié après déduction du montant remboursé pour la monture.**