

ACMI-RAA FRAIS DE SANTE TIERS PAYANT REGIME GENERAL - OPTION 2

| Nature des actes | Prestations Sécurité Sociale | Prestation Sécurité Sociale + CAPAVES PREVOYANCE |
|---|---------------------------------|--|
| Actes médicaux et paramédicaux | | |
| Médecins généralistes conventionnés | 70% du TC. | 170% de la base de remboursement |
| Médecins spécialistes conventionnés | 70% du TC. | 170% de la base de remboursement |
| Médecins généralistes non conventionnés | 70% du TA. | 425% de la base de remboursement |
| Médecins spécialistes non conventionnés | 70% du TA. | 425% de la base de remboursement |
| Auxiliaires, soins infirmiers, kinésithérapie, secteur conventionné | 60% du TC. | 170% de la base de remboursement |
| Auxiliaires, soins infirmiers, kinésithérapie, secteur non conventionné | 60% du TA. | 425% de la base de remboursement |
| Pharmacie (Exclusion : pharmacie non remboursable par la Sécurité Sociale) | | Tiers-payant |
| Médicaments de confort | 35% du TC. | 100% de la base de remboursement. |
| Autres médicaments | 65% du TC. | 100% de la base de remboursement. |
| Soins Dentaires | | |
| Soins conventionnés et prothèses acceptées | 70% du TC. | 350% de la base de remboursement |
| Soins et prothèses non conventionnés | 70% du TA. | 650% de la base de remboursement |
| Orthodontie acceptée (jusqu'à 16 ans) | 100% du TC. | 550% de la base de remboursement |
| Orthodontie rejetée figurant à la nomenclature (par notification de refus) | Néant. | Forfait de 400 Euros. |
| Prothèses rejetées figurant à la nomenclature (par notification de refus) | Néant. | Forfait de 400 Euros. |
| Optique | | |
| Montures acceptées | 65% du TC. | 100% de la base de remboursement |
| Verres et lentilles acceptés (la paire) | 65% du TC. | + forfait de 400 Euros pour l'ensemble. |
| Lentilles rejetées figurant à la nomenclature (la paire) | Néant. | Forfait de 40 Euros. |
| Lentilles jetables | Néant. | Forfait de 40 Euros. |
| Appareillage Orthopédique | 65% du TC. | 350% de la base de remboursement. Versement Capaves Prévoyance limité à 125% du PMSS/an/Bénéficiaire. |
| Appareillage Acoustique | 65% du TC. | 350% du tarif de convention. Versement Capaves Prévoyance limité à 25% du PMSS/an/Bénéficiaire. |
| Radiologie | 70% du TC. | 175% de la base de remboursement |
| Analyses-Laboratoires | 60% du TC. | 165% de la base de remboursement |
| Hospitalisations | | |
| Hospitalisations médicales - Établissements conventionnés | 80% du TC. | 250% de la base de remboursement |
| Hospitalisations chirurgicales - Établissements conventionnés | 100% du TC. | 300% de la base de remboursement |
| Forfait hospitalier (hospitalisations médicale ou chirurgicale conventionnées) | Néant. | 100% du forfait en vigueur. |
| Chambre particulière hors maternité (hospitalisations médicale ou chirurgicale conventionnées) | Néant. | Inclus dans remboursement hospitalisation ci-dessus. |
| Frais d'accompagnement enfant (lit+repas) jusqu'à 15 ans (hospitalisations médicale ou chirurgicale conventionnées) | Néant. | Inclus dans remboursement hospitalisation ci-dessus. |
| Hospitalisations médicales - Etablissements non conventionnés | 80% du TA. | 45% des frais réels maximum*. |
| Hospitalisations chirurgicales - Établissements non conventionnés | 100% du TA. | 45% des frais réels maximum*. |
| Hospitalisations médicales/chirurgicales non prises en charge par la Sécurité Sociale | Néant. | 45% des frais réels maximum*. |
| Cures Thermales | 65% du TC. | 65% du TC. + 207 Euros. |
| Transports ambulanciers | 65% du TC. | 100% de la base de remboursement |
| Maternité (excluant tout autre remboursement) | 100% du TC. | 100% de la base de remboursement + Forfait de 207 Euros. Doublement en cas d'accouchement gémellaire. |

*Remboursement partiel ou maximum sous réserve de l'acceptation de la Commission Sociale.

Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la S.S.

Prothèses Dentaires et Orthodontie acceptées par la S.S. : Montant maximum = 50% du PMSS/an/Bénéficiaire.

Nombre de Forfaits/an/Bénéficiaire : Prothèses dentaires et orthodontie refusées : 2 - Optique : 1

Tarif au 01/04/2008 : **uniforme famille 57 € /par mois**
Isolé 47 € /par mois