

# Tableau des garanties Complémentaire BTP Santé

**Frais Médicaux individuels  
Actifs et Retraités**  
Option réservée à la région  
NORD-PAS-DE-CALAIS

	Garanties 2018	Part S.S.	PNPC
Soins	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	150 % (200 % si Optam ou Optam CO) <sup>(16)</sup>
	Consultations et visites non conventionnées (généralistes, spécialistes, psychiatres)	70 %	100 %
	Analyses	60 %	100 %
	Soins externes (consultations, actes de petite chirurgie, bilans d'imagerie médicale et de biologie effectués en externe au sein des établissements hospitaliers publics et cliniques privées)	60 à 70 %	100 %
	Radiologie	70 %	100 %
	Actes techniques médicaux (ponction, injection, infiltration, biopsie, fibroscopie, endoscopie...)	70 %	100 %
	Transports	65 %	100 %
	Auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthoprothésistes, podologues, orthophonistes, orthoptistes...), soins infirmiers	60 %	100 %
	Pharmacie	65 % 30 % 15 %	100 % 100 % 100 %
Hospitalisation	Hospitalisation : frais de séjour, honoraires <sup>(11)(2)</sup>	80 %	200 % (250 % si Optam ou Optam CO) <sup>(16)</sup>
	Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(11)(2)(4)</sup>	—	Oui
	Chambre particulière hospitalisation, chirurgie, maternité, psychiatrie dès le 1 <sup>er</sup> jour <sup>(11)(2)(3)(4)</sup>	—	70 €/jour
	Lit accompagnant pour les enfants de moins de 15 ans <sup>(11)(2)(3)(4)</sup>	—	23 €/jour
	Forfait de 18 € pour les actes supérieurs à 120 €	—	Oui
	Chirurgie de la vue non remboursée par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>	—	450,52 € par œil
Optique	Montures / Verres simples <sup>(5) (6) (7)</sup>	60 %	Plafonné à 350 € dont monture : 150 €
	Montures / Verres progressifs <sup>(5) (6) (7) (8)</sup>	60 %	Plafonné à 450 € dont monture : 150 €
	Lentilles remboursées par la S.S. <sup>(9) (15)</sup>	60 %	100 % BR + 150 €
	Lentilles refusées par la S.S. <sup>(15)</sup>	—	128,72 €
Dentaire	Soins dentaires <sup>(14)</sup>	70 %	100 %
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	70 %	400 % BR
	Implants <sup>(15)</sup>	—	300 €
	Orthodontie	100 %	235 %
Autres	Prothèses auditives	60 %	400 %
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60 %	300 %
	Prothèses capillaires remboursées par la Sécurité sociale	60 %	300 %
	Prothèses mammaires remboursées par la Sécurité sociale	60 %	300 %
	Ostéopathie <sup>(11) (12)</sup>	—	2 x 40 €
	Prime de naissance ou d'adoption (par enfant)	—	193,08 €
	Cures thermales <sup>(13)</sup>	65 %	225,26 €
	Pédicure – Podologue <sup>(15)</sup>	—	2 x 25 €
	Assistance	—	En option

**OPTAM : OPTAM et OPTAM-Co (anciennement CAS)**

**BR Base de remboursement de la Sécurité sociale**

**NC Non Conventionné**

**PMSS Plafond mensuel de la Sécurité sociale : 3311 € au 01/01/2018**

**RS Remboursement de la Sécurité sociale**

## Notez bien

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, part de la Sécurité sociale incluse. Sauf indications contraires, nos remboursements de frais de santé sont accordés uniquement si le régime de base a lui-même accordé sa participation. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et déclarés au régime de base et sont conformes aux dispositions du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats « responsables ».

(1) À l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraite médicalisées et des hébergements complets (MAS, IME et IMM).

(2) À l'exclusion de l'hospitalisation en établissements non conventionnés. Exemple : Hôpital Américain de Paris.

(3) À l'exclusion des prestations dites « hôtelières » (boissons, téléphone, télévision, kit de nuit, blanchisserie...).

(4) Non limité en nombre.

(5) Limité à un équipement (une monture, 2 verres) tous les 2 ans par adulte. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la limite est portée à un équipement par an.

(6) Limité à un équipement (une monture, 2 verres) par an et par enfant.

(7) Le remboursement total de votre équipement (monture et verres) tient compte des plafonds et des planchers fixés par le contrat responsable en fonction du niveau de votre correction visuelle.

(8) Sous condition que la Sécurité sociale rembourse effectivement l'équipement sur la base de verres progressifs.

(9) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 70 % des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).

(10) Prise en charge limitée à certains actes. Contactez nos services pour plus d'informations.

(11) Forfait en euros et en nombre de consultations par an et par adulte (18 ans et plus).

(12) Si soin dispensé par un ostéopathe (mention sur la facture OSTÉOPATHE ou OSTÉOPATHE DO ou code adeli : 00/10/50/68/70) à l'exclusion de l'étiopathie et de la chiropractie.

(13) Le forfait en euros est limité à un par an et par personne.

(14) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, INO, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

(15) Forfait par an et par bénéficiaire.

(16) Conformément au décret des contrats responsables, la prise en charge des honoraires des médecins non signataires de l'OPTAM et l'OPTAM-CO est limitée à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (remboursement du régime de base inclus) à compter du 01/01/2018.

