

► Tableau des prestations contractuelles au 1^{er} janvier 2019

Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Toutefois, les prestations versées par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, **limitées pour chaque acte, aux frais réels restant à charge** après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme.

SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime Thales OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	Régime Thales non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾
Consultations et visites, généralistes	250 % BR	200 % BR
Consultations et visites, spécialistes	450 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	100 % FR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie	100 % FR	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR	
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100 % FR	
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95 % FR (Mini : 100 % BR)	
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	450 % BR	
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I,II et III...)	450 % BR	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime Thales OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	Régime Thales non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾
Honoraires	100 % FR	200 % BR
Frais de séjour	100 % FR	
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % PMSS/jour	
Forfait hospitalier	100 % FR	
Séjour en maison de repos accepté par la Sécurité Sociale	100 % FR	
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	pris en charge	
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	
TRANSPORT		
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	
FRAIS D'OPTIQUE		
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)⁽⁴⁾. Remboursement maximum pour la monture de 150 €		
Équipement avec 1 monture + 2 verres simples ⁽³⁾	470 €	
Équipement avec 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ⁽³⁾	610 €	
Équipement avec 1 monture + 2 verres complexes ⁽³⁾	750 €	
Équipement avec 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe ⁽³⁾	660 €	
Équipement avec 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe ⁽³⁾	800 €	
Équipement avec 1 monture + 2 verres très complexes ⁽³⁾	850 €	
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR limité à 20 % du PMSS/œil plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 600 €/œil	

FR : Frais réels - BR : Base de remboursement - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année - TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité

La contribution forfaitaire, à la charge du participant instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, dont le montant est fixé par décret à 1 € et limité à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par l'Institution.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) OPTAM / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique) : elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2018, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(4) Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres). Celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

FRAIS DENTAIRES

Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	500 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :	
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :	
- Couronnes	18,6 % du PMSS/acte
- Bridges	48,9 % du PMSS/acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2 % du PMSS/acte
- Prothèses dentaires provisoires	2,4 % du PMSS/acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale +18 ans	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/personne
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire
Implantologie :	65 % FR limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/ personne répartis comme suit :
	Implant : 65 % FR limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne
	Pilier implantaire : 65 % FR limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/personne

AUTRES SOINS

Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité 120 €/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 70 % FR limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/ bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 45 €/séance dans la limite de 450 €/an/ bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue pour enfant	50 % FR limité à 7 % du PMSS/ an/bénéficiaire + en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, acupuncture ⁽⁵⁾ , chiropractie et kinésithérapie méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 70 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 400 €/an/ bénéficiaire
Étiopathie	17 % PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR
Traitement anti-tabac non remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention ⁽⁶⁾	100 % FR

(5) Les soins d'acupuncture ne sont pris en charge que s'ils ont été dispensés par un médecin conventionné.

(6) Les actes de prévention pris en charge sont :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.