



Régime complémentaire Frais Médicaux

FLEX SANTE : SUPRA PE + renf Hospi

Garantie en vigueur au 01/01/2011

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE (Ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la Sécurité Sociale)
------------------	---

L'HOSPITALISATION	
Frais de séjour conventionnés	100 % FR – SS
Frais de séjour non conventionnés par jour	90 % FR – SS Maxi 400 €
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Honoraires chirurgicaux	480 % BR
Chambre particulière (y compris maternité)	130 € / jour
Lit d'accompagnant (enfant de – de 16 ans et adultes de + de 70 ans à charge fiscalement de l'assuré)	50€ / jour
Forfait maternité	500 €

LES FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Frais de transport	100 % BR - SS
Pharmacie	100 % BR - SS
Analyses médicales	100 % BR - SS
Auxiliaires médicaux	240 % BR
Consultations et Visites	330 % BR
Actes de spécialités	330 % BR
Radio, électroradiologie	230 % BR
Appareillages et appareils auditifs	350 % BR

L'OPTIQUE - DENTAIRE	
Monture	175 € limité à 1 monture /A/B limité à une monture / A /B
Verres adultes / paire :	
- Unifocaux	250 € par A/B limité à 2 verres /A / B
- Progressifs	400 € par A/B limité à 2 verres /A / B
Verres enfants / paire	150 € par A/B limité à 4 verres /A / B
Lentilles tous types	250 € par A/B
Soins dentaires	230 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	400 % BR (Devis obligatoire au-delà de 2500 € de remboursement par A/B)
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	400 % TNA (Devis obligatoire au-delà de 2500 € de remboursement par A/B)
Orthodontie prise en charge par la SS	250 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	250 % TNA

LES PRESTATIONS ELARGIES	
Amniocentèse non prise en charge par la SS	150 € par A/B
Fécondation In Vitro non prise en charge par la SS	250 € par A/B
Implantologie	500 € par A/B
Parodontologie	250 € par A/B
Scellement des sillons non pris en charge par la SS et patch blanchissant	100 € par A/B
Ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue, podologue (disposant d'un diplôme d'état)	50 € par séance (maxi 4 par A/B)
Appareillages non remboursés : chambre d'inhalation pour asthmatique et piles acoustiques	50 € par A/B
Vaccins prescrits non pris en charge par la SS (Anti-grippe et Voyageur)	50 € par A/B
Cures thermales prises en charge par la SS (Limitées au reste à charge)	500 €
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil)	300 € par A/B
Allocation Obsèques (Limitée au reste à charge)	100 % FR – SS Maxi 500 €

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans la TNA font l'objet d'un remboursement (cf notice d'information).

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

BR : Base de Remboursement SS
TNA : Tarif de la Nomenclature APICIL
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale
B : Bénéficiaire
TM : Ticket Modérateur

FR : Frais Réels
A : Année