

**ILLUSTRATION CHIFFREE DE VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE**

Exemples	Frais engagés	Tarif et base de rbt de la S.S.	Taux de rembt de la S.S.	Montant du rembt de la S.S.	Rembt en % de la BR	Rembt en % du PMSS	Régime complémentaire	
							Montant du rembt de la complémentaire	Reste à charge de l'assuré
<b>Hospitalisation</b>								
Chambre particulière (par jour)	100 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	-	4,00%	100 €	0 €
Lit d'accompagnant (par jour)	62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	-	2,00%	62 €	0 €
<b>Consultations, Visites</b> * Une participation forfaitaire de 1 € par acte ou consultation est à la charge de l'assuré et n'est pas prise en charge par le régime complémentaire								
Consultations généralistes	50 €	23 €	70%	15,10 €	300%	-	34 €	1 €
Consultations spécialistes	100 €	25 €	70%	16,50 €	400%	-	83 €	1 €
<b>Dentaire</b>								
Orthodontie Remboursée par la SS	400 €	193,50 €	100%	193,50 €	400%	-	207 €	0 €
Prothèse Dentaire Remboursée par la SS	500 €	107,50 €	70%	75,25 €	450%	-	425 €	0 €
<b>Optique</b>								
Monture adulte (tous les 2 ans)	185 €	2,84	60%	1,70 €	-	6%	183 €	0 €
Monture Enfant ( 1 par an)	150 €	30,49	60%	18,29 €	-	6%	132 €	0 €
Lentilles Remboursées par la SS (par an)	370 €	39,48	60%	23,69 €	-	12%	346 €	0 €
Lentilles Non Remboursées par la SS (par an)	370 €	0	0	0,00 €	-	12%	370 €	0 €
Chirurgie réfractive (myopie laser - par oeil)	1 000 €	0	0	0,00 €	-	30%	926 €	74 €
<b>Autres prestations</b>								
Prothèse Auditive (par oreille)	1 670 €	199,71 €	60%	119,83 €	-	50%	1 543 €	7 €
Forfait naissance (par enfant)	-	-	-	-	-	15%	463 €	