

ANNEXE 1 – RESUME DES GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES RESPONSABLES AU 1^{ER} JANVIER 2018

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Actes d'anesthésie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes d'anesthésie Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Autres honoraires OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Autres honoraires Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Chambre particulière	3% PMSS/jour		3% PMSS/jour	
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge	1.5% PMSS (-12 ans)		1.5% PMSS (-12 ans)	
* Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
ACTES MEDICAUX				
* Généralistes (consultations et visites) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Généralistes (consultations et visites) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs OPTAM	130% BRSS (200% BRSS Professeurs)		110% BRSS (180% BRSS Professeurs)	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs Hors OPTAM	110% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)		90% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Radiologie OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Radiologie Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Ostéodensitométrie	100% BRSS		80% BRSS	
* Auxiliaires médicaux	100% BRSS		70% BRSS	
* Analyses	100% BRSS		70% BRSS	
* Transport	100% TM		100% TM	
PHARMACIE				
* Pharmacie	100% TM		100% TM	
DENTAIRE				
* Soins dentaires	200% BRSS		180% BRSS	
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BRSS		180% BRSS	
* Parodontologie non remboursée SS	250€ par an		250€ par an	
	Limitation prothèses dentaires et implants/an/bénéficiaire : 1800 € Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.		Limitation prothèses dentaires et implants/an/bénéficiaire : 1800 € Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.	
* Prothèses dentaires remboursées par la SS	300% BRSS		280% BRSS	
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS : Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €		Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €	
* Supplément inter de bridge remboursé	129 € par inter		129 € par inter	
* Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	
* Orthodontie acceptée par la SS	200% BRSS		200% BRSS	
* Orthodontie refusée par la SS	200% BRSS (Jusqu'à 18 ans)		200% BRSS (Jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage	200% BRSS		170% BRSS	
* Prothèses auditives	200% BRSS (remboursées ou non par la SS)		170% BRSS (remboursées SS) 200% BR (non remboursée SS)	
* Orthopédie & autres prothèses	200% BRSS		170% BRSS	
	Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	
OPTIQUE				
	Reseau Kalvia	Hors réseau Kalvia	Reseau Kalvia	Hors réseau Kalvia
* Monture adulte	125 €	125 €	125 €	125 €
* Monture enfant	90 €	90 €	90 €	90 €
* Verres	100 % DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte 2050 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 850 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)	100 % DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte 2020 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 820 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)
* Lentilles remboursées par la SS	6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)		6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)	
* Lentilles non remboursées	6 % PMSS par paire		6 % PMSS par paire	
* Lentilles jetables	6 % PMSS / an / bénéficiaire		6 % PMSS / an / bénéficiaire	
* Chirurgie de l'œil	8 % PMSS / oeil		8 % PMSS / oeil	
CURES THERMALES (acceptées ou refusées par la SS)				
* Frais de traitement et honoraires	10% PMSS		10% PMSS	
* Frais de voyage et hébergement				
MATERNITE	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Honoraires périnatalité OPTAM	100% BRSS		100% BRSS	
* Honoraires périnatalité Hors OPTAM	80% BRSS		80% BRSS	
* Chambre particulière	3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)		3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)	
AUTRES ACTES				
* Ostéopathie	Néant		Néant	
* Sevrage tabagique	Néant		Néant	
	Prise en charge des deux actes de prévention suivants		Prise en charge des deux actes de prévention suivants	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005	Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectuée en deux séances		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances	
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM		Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM	

FR : Frais Réels, BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

xe
ED
cr
JA

ANNEXE 2 – RESUME DES GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES NON RESPONSABLES AU 1er JANVIER 2018 (y compris Vitali Essentiel)

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Régime Régulier		Régime Allocations Familiales	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie Hors OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes d'anesthésie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes d'anesthésie Hors OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Autres honoraires OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Autres honoraires Hors OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Chambre particulière	3% PMSS/jour		3% PMSS/jour	
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge	1.5% PMSS (-12 ans)		1.5% PMSS (-12 ans)	
* Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
ACTES MEDICAUX				
* Généralistes (consultations et visites) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Généralistes (consultations et visites) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs OPTAM	130% BRSS (200% BRSS Professeurs)		110% BRSS (180% BRSS Professeurs)	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs Hors OPTAM	110% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)		90% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Radiologie OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Radiologie Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Ostéodensitométrie	100% BRSS		80% BRSS	
* Auxiliaires médicaux	100% BRSS		70% BRSS	
* Analyses	100% BRSS		70% BRSS	
* Transport	100% TM		100% TM	
PHARMACIE				
* Pharmacie	100% TM		100% TM	
DENTAIRE				
* Soins dentaires	200% BRSS		180% BRSS	
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BRSS		180% BRSS	
* Parodontologie non remboursée SS	250€ par an		250€ par an	
	Limitation prothèses dentaires et implants/en/bénéficiaire : 1800 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS		Limitation prothèses dentaires et implants/en/bénéficiaire : 1800 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS	
* Prothèses dentaires remboursées par la SS	300% BRSS		280% BRSS	
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS : Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €		Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €	
* Supplément Inter de bridge remboursé	129 € par inter		129 € par inter	
* Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur Implant : 8,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	
* Orthodontie acceptée par la SS	200% BRSS		200% BRSS	
* Orthodontie refusée par la SS	200% BRSS (jusqu'à 18 ans)		200% BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage	200% BRSS		170% BRSS	
* Prothèses auditives	200% BRSS (remboursées ou non par la SS)		170% BRSS (remboursées SS) 200% BR (non remboursée SS)	
* Orthopédie & autres prothèses	200% BRSS		170% BRSS	
OPTIQUE	Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	
	Réseau Kalivia	Hors réseau Kalivia	Réseau Kalivia	Hors réseau Kalivia
* Monture adulte	125 €	125 €	125 €	125 €
* Monture enfant	90 €	90 €	90 €	90 €
* Verres	100 % DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte : 2050 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 850 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)	100 % DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte : 2020 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 820 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)
* Lentilles remboursées par la SS	6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)		6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)	
* Lentilles non remboursées	6 % PMSS par paire		6 % PMSS par paire	
* Lentilles jetables	6 % PMSS / an / bénéficiaire		6 % PMSS / an / bénéficiaire	
* Chirurgie de l'œil	8 % PMSS / œil		8 % PMSS / œil	
CURES THERMALES (acceptées ou refusées par la SS)				
* Frais de traitement et honoraires	10% PMSS		10% PMSS	
* Frais de voyage et hébergement				
MATERNITE	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Honoraires périnatal OPTAM	100% BRSS		100% BRSS	
* Honoraires périnatal Hors OPTAM	80% BRSS		80% BRSS	
* Chambre particulière	3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)		3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)	
AUTRES ACTES				
* Ostéopathie	Néant		Néant	
* Sevrage tabagique	Néant		Néant	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 19/09/2005	Prise en charge des deux actes de prévention suivants :		Prise en charge des deux actes de prévention suivants :	
	Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances	
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM		Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM	

FR : Frais Réels, BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

xc
M
cv

ANNEXE 3 – RESUME DES GARANTIES DE L'OPTION « PRESTATIONS AMELIOREES » DU CONTRAT AU 1^{er} JANVIER 2018 (y compris Vitali Essentiel et Surcomplémentaires Obligatoires Non responsables)

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Régime Général		Régime Alsace Protéger	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
* Frais de séjour	400% BRSS		400% BRSS	
* Actes de chirurgie OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Actes de chirurgie Hors OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Actes d'anesthésie OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Actes d'anesthésie Hors OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Autres honoraires OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Autres honoraires Hors OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Chambre particulière	5% PMSS/jour		5% PMSS/jour	
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge	2.5% PMSS (-12 ans)		2.5% PMSS (-12 ans)	
* Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
ACTES MEDICAUX				
* Généralistes (consultations et visites) OPTAM	200% BRSS		180% BRSS	
* Généralistes (consultations et visites) Hors OPTAM	200% BRSS		180% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs OPTAM	250% BRSS		230% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs Hors OPTAM	250% BRSS		230% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) OPTAM	200% BRSS		180% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) Hors OPTAM	200% BRSS		180% BRSS	
* Radiologie OPTAM	200% BRSS		180% BRSS	
* Radiologie Hors OPTAM	200% BRSS		180% BRSS	
* Ostéodensitométrie	200% BRSS		180% BRSS	
* Auxiliaires médicaux	200% BRSS		170% BRSS	
* Analyses	200% BRSS		170% BRSS	
* Transport	100% TM		100% TM	
PHARMACIE				
* Pharmacie	100% TM		100% TM	
DENTAIRE				
* Soins dentaires	200% BRSS		180% BRSS	
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires permanentes)	200% BRSS		180% BRSS	
* Parodontologie non remboursée SS	300€ par an		300€ par an	
	Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 500€. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS		Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 500€. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS	
* Prothèses dentaires remboursées par la SS	350% BRSS		330% BRSS	
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS - Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 429 € Couronne et Pilier : 377 €		Inlay core : 429 € Couronne et Pilier : 377 €	
* Supplément inter de bridge remboursé	150.50 € par inter		150.50 € par inter	
* Implants dentaires	Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS	
* Orthodontie acceptée par la SS	400% BRSS		400% BRSS	
* Orthodontie refusée par la SS	400% BRSS (jusqu'à 18 ans)		400% BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage	400% BRSS		370% BRSS	
* Prothèses auditives	600% BRSS (remboursées ou non par la SS)		570% BRSS (remboursées SS) 600% BR (non remboursée SS)	
* Orthopédie & autres prothèses	400% BRSS		370% BRSS	
OPTIQUE	Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans sauf bris de verre ou de monture, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans sauf bris de verre ou de monture, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	
	Réseau Kalvia	Hors réseau Kalvia	Réseau Kalvia	Hors réseau Kalvia
* Monture adulte	185 €	185 €	185 €	185 €
* Monture enfant	130 €	130 €	130 €	130 €
* Verres	100 % DE /verre	verres adulte 400% BRSS (avec maxi 300 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 1750 % BRSS (avec maxi 300 €/verre)	100 % DE /verre	verres adulte 3970 % BRSS (avec maxi 300 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 1720 % BRSS (avec maxi 300 €/verre)
* Lentilles remboursées par la SS	26 % PMSS par paire		26 % PMSS par paire	
* Lentilles non remboursées	26 % PMSS par paire		26 % PMSS par paire	
* Lentilles jetables	26 % PMSS / an / bénéficiaire		26 % PMSS / an / bénéficiaire	
* Chirurgie de l'œil	26 % PMSS / œil		26 % PMSS / œil	
CURES THERMALES (acceptées ou refusées par la SS)				
* Frais de traitement et honoraires	17% PMSS		17% PMSS	
* Frais de voyage et hébergement				
MATERNITE	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
* Frais de séjour	400% BRSS		400% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) Hors OPTAM	400% BRSS		400% BRSS	
* Honoraires péridurale OPTAM	100% BRSS		100% BRSS	
* Honoraires péridurale Hors OPTAM	100% BRSS		100% BRSS	
* Chambre particulière	3.5% PMSS/jour (max 5 jours)		3.5% PMSS/jour (max 5 jours)	
AUTRES ACTES				
* Ostéopathie	1.5% PMSS/séance maxi 2/an/bénéf		1.5% PMSS/séance maxi 2/an/bénéf	
* Sevrage tabagique	100€ / an / bénéficiaire		100€ / an / bénéficiaire	
	Prise en charge des deux actes de prévention suivants		Prise en charge des deux actes de prévention suivants	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005	Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectuée en deux séances		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectuée en deux séances	
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 300% BRSS		Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 280% BRSS	

FR : Frais Réels, BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Handwritten notes and signatures:

- Handwritten "XC" and "CV" with arrows pointing to specific areas.
- Handwritten "57" and "ED" with arrows.
- Handwritten "CV" at the bottom right.