



AVENANT

À la convention MONOPRIX

À effet du 1^{er} Avril 2005

MODIFICATIONS

Article 8 – Taux de cotisations

Article 2 - Etendue de la garantie maladie – Chirurgie

Article 3 – Montant des indemnités

Les articles ci-dessus sont annulés et remplacés par ce qui suit :

Article 8 - Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont fixés et ventilés comme suit :

ENSEMBLE DU PERSONNEL

FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE

Les taux de cotisations sont fixés et ventilés comme suit en pourcentage du traitement de base défini à l'assiette des cotisations :

Tranche 1 : 1,93 %

Tranche 2 : 1,12 %

FRAIS DE SANTE FACULTATIFS

La cotisation est fixée forfaitairement par mois:

Option 1

- par adulte bénéficiaire..... : 4,24€

- par enfant bénéficiaire..... : 2,77€

Option 2

- par adulte bénéficiaire..... : 9,14€

- par enfant bénéficiaire..... : 4,24€

Option 3

- par adulte bénéficiaire..... : 11,91€

- par enfant bénéficiaire..... : 6,37€

Article 2 - Etendue de la garantie maladie - Chirurgie

Sont BENEFCIAIRES de la garantie, outre l'ensemble du personnel ses AYANTS DROIT ci-après définis :

- son conjoint , concubin, partenaire lié au participant par un PACS,
- son conjoint, concubin, partenaire lié au participant par un PACS lui même salarié et bénéficiant à ce titre de l'assurance Maladie,
- ses ENFANTS, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, concubin , partenaire lié par un PACS :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale,
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité Sociale des Etudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois,
 - âgés de moins de 28 ans inscrits à l'Agence Nationale Pour l'Emploi en tant que primo-demandeur d'emploi,
 - âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage, sous réserve que leur rémunération n'excède pas 60 du SMIC,
 - quel que soit leur âge s'ils perçoivent, les allocations prévues par la Loi du 30 Juin 1975 sur les personnes handicapées.
- les ascendants à charge ou ceux de son conjoint ou concubin, au sens de la Sécurité Sociale.

Par concubinage, on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple »

Article 3 – Montant des indemnités

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux qui énumérés ci-après :

- ont été exposés pendant la période d'assurance (les actes d'auxiliaires médicaux ainsi que les soins dentaires sont considérés comme ayant été exposés pendant la période d'assurance si la date de début des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est comprise dans ladite période),
- pour chaque acte, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale (ou qui, pour certains actes expressément mentionnés ci-après, n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale pour une raison autre qu'administrative mais figurant dans la Nomenclature des Actes Professionnels ou dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires).

En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'INSTITUTION S'AJOUTE , DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT, A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

ENSEMBLE DU PERSONNEL

REGIME OBLIGATOIRE DE BASE

L'Institution ne prend pas en charge les conséquences de l'application du décret N° 93-965 du 29 Juillet 1993 (participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie de la Sécurité Sociale). Les prestations seront calculées sur la base des taux de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur au 31 Juillet 1993.

ADMISSION AU REGIME DE BASE OBLIGATOIRE

Délai d'ancienneté de trois mois pour obtenir les remboursements pour les frais optiques et dentaires.

1. CHIRURGIE - HOSPITALISATION

les frais sont ceux correspondant :

- à l'hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale, y compris les frais correspondant aux actes pratiqués par des aides-opérateurs ou assistants qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale),

- à l'hospitalisation médicale.

Ils doivent avoir été exposés en :

- hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale et obstétricale,

- sanatorium, préventorium, aérium,

- maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,

- maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de cure thermale pour enfants,

- établissement médico-spécialisé à l'exception des établissements de post-cure, des centres de rééducation professionnelle, d'aide par le travail et de thalassothérapie, des stations thermales.

Le montant de l'indemnité complémentaire, y compris les frais de chambre particulière, sont fixés à :

Etablissements conventionnés : 100% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Etablissements non conventionnés : 80% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Le forfait hospitalier (Loi N° 83.25 du 19 Janvier 1983) est pris en charge dans la limite de 7,62€ par jour.

- maison de repos et de convalescence, suite à hospitalisation de plus de 30 jours ou suite à une intervention chirurgicale de coefficient supérieur à 50

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Remboursement de la Sécurité Sociale.

2. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 95 % des Frais Réels sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale.

3. SOINS DENTAIRES, INLAYS, ONLAYS, PARADONTOSES et PROPHYLAXIE DENTAIRE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

4. PROTHESES DENTAIRES (y compris refusées par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 112,5% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

5. ORTHODONTIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

6. PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE AUTRES PROTHESES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 70% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

7. OPTIQUE (Verres, Monture et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 70 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 7 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

8. FRAIS MEDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites,
- . actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes,
- . actes de chirurgie et de spécialités,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale

- . actes d'auxiliaires médicaux,
- . actes de biologie médicale,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 65 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . transports en ambulance,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 70 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

9. MATERNITE

Le montant de l'indemnité est fixé à 15% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance. Il est doublé en cas de naissance gémellaire.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les huit premiers jours d'hospitalisation.

En cas d'intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur à 100, les frais correspondants (hors frais de séjour) sont indemnisés au titre de la "CHIRURGIE".

10. CURES THERMALES

Les frais sont ceux correspondant aux frais :

- médicaux,
- de transports,
- de séjours.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

11. FRAIS D'OBSEQUES

Le montant de l'indemnité est fixé comme suit, en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice d'assurance considérée :

- Participant : 10 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
 - Conjoint : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
 - Enfant : 5 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
-

REGIMES FACULTATIFS COMPLEMENTAIRES (OPTIONS 1 à 3)

Les prestations définies ci-dessous s'entendent sous déduction du régime de base obligatoire et en complément des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme.

ADMISSION A L'OPTION AVEC PRISE EN CHARGE IMMEDIATE DES FRAIS

Lorsque la demande d'admission a lieu dans les trente jours qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- la date d'entrée dans l'entreprise ou dans la catégorie de personnel assurée,
- la date de changement de situation de famille (mariage, naissance,),

l'admission à l'option a lieu le jour de l'événement en question et la prise en charge des frais est immédiate.

ADMISSION A L'OPTION AVEC PRISE EN CHARGE DIFFEREE DES FRAIS

Dans les cas non visés au paragraphe précédent, l'admission à l'option a lieu le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'admission.

La prise en charge des frais intervient après un délai de TROIS MOIS pour tous les actes.

Toutefois, la prise en charge des frais intervient sans délai lorsqu'il s'agit de frais consécutifs à un accident ou lorsque la présente garantie fait suite à une garantie offrant des prestations équivalentes.

CHOIX DE L'OPTION

Le participant effectue son choix (qui vaut tant pour lui-même que pour ses ayants droit) lors de son admission à l'assurance.

Le participant peut modifier son choix :

- au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que la demande de changement parvienne à l'institution le premier jour du mois civil précédant ladite période,
- le premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage), lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ledit changement.
- le changement pour une option de niveau inférieur ne permet plus de souscrire une option de niveau supérieur, sauf, en cas de changement de situation de famille
- le changement pour une option de niveau supérieur est possible qu'au 1^{er} Janvier de chaque année avec un délai d'attente de 3 mois.

RADIATION DE L'ASSURANCE

Le participant peut demander, à tout moment, la radiation de l'assurance en cas de changement de situation de famille, ou annuellement par lettre recommandée avant le 30 Septembre, la radiation intervient le 31 Décembre à minuit de l'année considérée. Toute radiation est définitive.

En tout état de cause, la cessation de l'assurance pour le participant entraîne la radiation de tous les ayants droit des assurés sociaux.

MONTANT DE PRESTATIONS DES OPTIONS

Il est précisé qu l'Institution prend en charge les conséquences de l'application du décret N° 93-965 du 29 Juillet 1993 (participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie de la Sécurité Sociale)

OPTION 1 - EQUILIBRE

1. CHIRURGIE - HOSPITALISATION

les frais sont ceux correspondant :

- à l'hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale, y compris les frais correspondant aux actes pratiqués par des aides-opérateurs ou assistants qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale),
- à l'hospitalisation médicale.

Ils doivent avoir été exposés en :

- hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale et obstétricale,
- sanatorium, préventorium, aérium,
- maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de cure thermale pour enfants,
- établissement médico-spécialisé à l'exception des établissements de post-cure, des centres de rééducation professionnelle, d'aide par le travail et de thalassothérapie, des stations thermales.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à, y compris les frais de chambre particulière :

Etablissements conventionnés : 100% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Etablissements non conventionnés : 80% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Le forfait hospitalier (Loi N° 83.25 du 19 Janvier 1983) est pris en charge intégralement.

- maison de repos et de convalescence, suite à hospitalisation de plus de 30 jours ou suite à une intervention chirurgicale de coefficient supérieur à 50,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Remboursement de la Sécurité Sociale.

2. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des Frais Réels sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale.

3. SOINS DENTAIRES, INLAYS, ONLAYS, PARADONTOSES et PROPHYLAXIE DENTAIRE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 80% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

4. PROTHESES DENTAIRES (y compris refusées par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 117,5% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

5. ORTHODONTIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 197 % du tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

6. PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE AUTRES PROTHESES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 3% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

7. OPTIQUE

Verres, Monture et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

Lentilles refusées ou jetables

Le montant de l'indemnité complémentaire, par an et par personne, est fixé à 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

8. FRAIS MEDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites,
- . actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes,
- . actes de chirurgie et de spécialités,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 80 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . actes d'auxiliaires médicaux,
- . actes de biologie médicale,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 70 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . transports en ambulance,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

9. MATERNITE

Le montant de l'indemnité est fixé à 24% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance. Il est doublé en cas de naissance gémellaire.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les huit premiers jours d'hospitalisation.

En cas d'intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur à 100, les frais correspondants (hors frais de séjour) sont indemnisés au titre de la "CHIRURGIE".

10. CURES THERMALES

Les frais sont ceux correspondant aux frais :

- médicaux,
- de transports,
- de séjours.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

11. FRAIS D'OBSEQUES

Le montant de l'indemnité est fixé comme suit, en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice d'assurance considérée :

- **Participant** : 10 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, plus 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- **Conjoint** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale,
- **Enfant** : 5 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, plus 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale

OPTION 2 - CONFORT

1. CHIRURGIE - HOSPITALISATION

les frais sont ceux correspondant :

- à l'hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale, y compris les frais correspondant aux actes pratiqués par des aides-opérateurs ou assistants qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale),
- à l'hospitalisation médicale.

Ils doivent avoir été exposés en :

- hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale et obstétricale,
- sanatorium, préventorium, aérium,
- maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de cure thermale pour enfants,
- établissement médico-spécialisé à l'exception des établissements de post-cure, des centres de rééducation professionnelle, d'aide par le travail et de thalassothérapie, des stations thermales.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé, y compris les frais de chambre particulière, à :

Etablissements conventionnés : 100% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Etablissements non conventionnés : 80% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Le forfait hospitalier (Loi N° 83.25 du 19 Janvier 1983) est pris en charge intégralement.

- maison de repos et de convalescence, suite à hospitalisation de plus de 30 jours ou suite à une intervention chirurgicale de coefficient supérieur à 50

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Remboursement de la Sécurité Sociale.

2. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des Frais Réels sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale.

3. SOINS DENTAIRES, INLAYS, ONLAYS, PARADONTOSSES et PROPHYLAXIE DENTAIRE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 105% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

4. PROTHESES DENTAIRES (y compris refusées par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense limité à 400% du Tarif de convention.

5. ORTHODONTIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 220% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale

6. PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE AUTRES PROTHESES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 4,5% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la déponse.

7. OPTIQUE

Verres, Monture et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 85 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

Lentilles refusées ou jetables

Le montant de l'indemnité complémentaire, par an et par personne, est fixé à 8 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

8. FRAIS MEDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites,
- . actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes,
- . actes de chirurgie et de spécialités,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 105 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . actes d'auxiliaires médicaux,
- . actes de biologie médicale,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 115 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . transports en ambulance

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 85 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

9. MATERNITE

Le montant de l'indemnité est fixé à 24% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance. Il est doublé en cas de naissance gémellaire.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les huit premiers jours d'hospitalisation.

En cas d'intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur à 100, les frais correspondants (hors frais de séjour) sont indemnisés au titre de la "CHIRURGIE".

10. CURES THERMALES

Les frais sont ceux correspondant aux frais :

- médicaux,
- de transports,
- de séjours.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

11. FRAIS D'OBSEQUES

Le montant de l'indemnité est fixé comme suit, en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice d'assurance considérée :

- **Participant** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
- **Conjoint** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale
- **Enfant** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale

OPTION 3 - EXCELLENCE

1. CHIRURGIE - HOSPITALISATION

les frais sont ceux correspondant :

- à l'hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale, y compris les frais correspondant aux actes pratiqués par des aides-opérateurs ou assistants qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale),

- à l'hospitalisation médicale.

Ils doivent avoir été exposés en :

- hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale et obstétricale,

- sanatorium, préventorium, aérium,

- maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,

- maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de cure thermale pour enfants,

- établissement médico-spécialisé à l'exception des établissements de post-cure, des centres de rééducation professionnelle, d'aide par le travail et de thalassothérapie, des stations thermales.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé, y compris les frais de chambre particulière et le lit accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans, à :

Etablissements conventionnés : 100% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Etablissements non conventionnés : 90% des frais réels, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

Le forfait hospitalier (Loi N° 83.25 du 19 Janvier 1983) est pris en charge intégralement.

- maison de repos et de convalescence, suite à hospitalisation de plus de 30 jours ou suite à une intervention chirurgicale de coefficient supérieur à 50

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Remboursement de la Sécurité Sociale.

2. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des Frais Réels sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale.

3. SOINS DENTAIRES, INLAYS, ONLAYS, PARADONTOSES et PROPHYLAXIE DENTAIRE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 130% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale

4. PROTHESES DENTAIRES (y compris refusées par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense limité à 400% du tarif de convention.

5. ORTHODONTIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 300 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

6. PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE AUTRES PROTHESES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 75% du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 6% du plafond mensuel Sécurité sociale en vigueur le jour de la dépense.

7. OPTIQUE

Verres, monture et Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 85 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale majorés d'un forfait global, par an et par personne, de 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

Lentilles refusées ou jetables :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 13 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, par an et par personne, en vigueur le jour de la dépense.

8. FRAIS MEDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations et visites de généralistes,
- . actes de chirurgie et de spécialités,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 130 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . consultations et visites de spécialistes,
- . actes médicaux nécessitant des radiations ionisantes,
- . actes d'auxiliaires médicaux,
- . actes de biologie médicale,

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 150 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

- . transports en ambulance

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 85 % du Tarif Responsabilité Convention de la Sécurité Sociale.

9. MATERNITE

Le montant de l'indemnité est fixé à 24% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance. Il est doublé en cas de naissance gémellaire.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les huit premiers jours d'hospitalisation.

En cas d'intervention chirurgicale dont le coefficient est supérieur à 100, les frais correspondants (hors frais de séjour) sont indemnisés au titre de la "CHIRURGIE".

10. CURES THERMALES

Les frais sont ceux correspondant aux frais :

- médicaux,
- de transports,
- de séjours.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 20 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale ou tout autre Organisme.

11. FRAIS D'OBSEQUES

Le montant de l'indemnité est fixé comme suit, en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice d'assurance considérée :

- **Participant** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, plus 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- **Conjoint** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, plus 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
- **Enfant** : 20 % du plafond annuel de la Sécurité Sociale, plus 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale