

GARANTIES HVK	REMBOURSEMENTS EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS SECTEUR CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE
<p>○ FRAIS D'HOSPITALISATION <i>Y COMPRIS EN CAS DE MATERNITE</i> Hospitalisation médicale ou chirurgicale Frais de transport terrestre Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans</p> <p>Forfait hospitalier</p> <p>Chambre particulière</p>	<p>100 % des Frais Réels déclarés à la Sécurité sociale (- MR)</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels dans la limite de 16 € par jour</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels</p> <p>Rembt maximum de l'Institution : 2,5 % du PMSS par jour</p>
<p>○ FRAIS DE MALADIE <i>(acceptés par la Sécurité sociale)</i> Consultation - Visite (généraliste - spécialiste)</p> <p>Pharmacie</p> <p>Pratique médicale courante Electrothérapie - Radiologie - Analyses Soins par auxiliaires médicaux Orthopédie - Acoustique</p> <p>Vaccins acceptés ou refusés</p>	<p>100 % des Frais Réels (- MR)</p> <p>-----</p> <p>100 % de la BR (- MR)</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels (- MR)</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels</p>
<p>○ FRAIS DE CURES THERMALES <i>(à l'exception des frais de voyage et hors thalassothérapie)</i> Acceptées totalement ou partiellement par la Sécurité sociale</p>	<p>100 % des Frais Réels (- MR)</p> <p>Rembt maximum de l'Institution : 15 % du PMSS</p>
<p>○ FRAIS DENTAIRE Soins dentaires</p> <p>Prothèses dentaires, orthodontie acceptées ou refusées Dents Inlay-Onlay, parodontologie, implants</p>	<p>100 % des Frais Réels (- MR)</p> <p>-----</p> <p>95 % des Frais Réels (- MR) dans la limite de 650 % de la BR sans que le remboursement de l'Institution ne soit inférieur à 60 % des Frais Réels</p>
<p>○ FRAIS D'OPTIQUE Verres et lentilles acceptées</p> <p>Montures</p> <p>Lentilles refusées</p> <p>Lentilles jetables</p>	<p>95 % des Frais Réels (- MR)</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels (- MR)</p> <p>Rembt maximum de l'Institution : 7 % du PMSS</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels</p> <p>Rembt maximum de l'Institution : 5 % du PMSS par lentille</p> <p>-----</p> <p>100 % des Frais Réels</p> <p>Rembt maximum de l'Institution : 12 % du PMSS par personne et par an</p>
<p>○ FORFAIT MATERNITE</p>	<p>Forfait de 20 % du PMSS</p>

BR : Tarif de référence de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (2 859 € en 2009)

COTISATIONS MENSUELLES 2009⁽¹⁾ CONTRAT A ADHESION OBLIGATOIRE SANS FORFAIT MATERNITE (PRODUIT 953)		CADRES	NON CADRES	ENSEMBLE DU PERSONNEL
Familiale	Forfait seul	247.10	208.10	240.20
Individualisée	Isolé	111.20	93.60	108.00
	Famille	284.20	239.40	276.30
	Adulte	111.20	93.60	108.00
	Enfant ⁽²⁾	61.70	51.90	60.00
COTISATIONS MENSUELLES 2009⁽¹⁾ CONTRAT A ADHESION OBLIGATOIRE AVEC FORFAIT MATERNITE (PRODUIT 303)		CADRES	NON CADRES	ENSEMBLE DU PERSONNEL
Familiale	Forfait seul	250.80	211.80	243.80
Individualisée	Isolé	112.80	95.30	109.60
	Famille	288.40	243.50	280.40
	Adulte	112.80	95.30	109.60
	Enfant ⁽²⁾	62.70	52.90	60.80

(1) : Les cotisations indiquées ci-dessus comprennent l'ensemble de nos services (NOEMIE, Tiers-Payant).

(2) : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.