

Notre Mutuelle dédiée exclusivement aux Personnels de l'Enseignement Privé depuis 1945

70 ANS D'EXPERIENCE A VOTRE SERVICE

Depuis 1945, SERVIR apporte des solutions en complémentaire santé pour le personnel actif ou retraité des Etablissements d'Enseignement Privé.

Actuellement, 70 établissements, 8000 bénéficiaires, accordent leur confiance à SERVIR pour l'avenir compte tenu :

- de sa structure de petite taille qui permet d'être plus proche de leurs besoins,
- de sa connaissance du monde de l'enseignement privé sous contrat depuis 70 ans,
- de sa situation financière extrêmement saine,
- de leur participation à notre fonctionnement par leur représentation aux Assemblées Générales et aux Conseils d'Administration,
- de sa présence nationale,
- et de l'esprit de solidarité qui l'anime.

PARTAGER NOS VALEURS : solidarité, démocratie et transparence.

En tant que Mutuelle régie par le code de la mutualité, SERVIR n'a ni capital social, ni actionnaire à rémunérer. Sa seule finalité est la satisfaction de ses adhérents en leur proposant les meilleurs contrats possibles au meilleur prix et en servant au mieux leurs intérêts. En adhérant à SERVIR, on devient acteur de la vie de la Mutuelle à la fois comme bénéficiaire et comme décideur. Chaque adhérent a un droit de regard sur la politique et la stratégie de la Mutuelle notamment en participant à l'Assemblée Générale.

NOS ENGAGEMENTS : Apporter un service de proximité, de conseil et de confiance, dans une relation tissée au quotidien par une gestion humaine..

LES + DE L'OFFRE Enseignement privé facultative et individuelle:

- Le choix de 6 niveaux de garantie adapté aux besoins et aux budget des personnels de l'enseignement privé dès 24 € par mois,
- Le conjoint d'un salarié bénéficie du même tarif,
- Pas de plate-forme téléphonique ni d'intermédiaire : une gestion indépendante centrée sur la qualité du service délivré à votre établissement et à ses salariés,
- La mise en place de partenariats pour une gestion active et fiable,
- Un espace en ligne personnalisé pour votre établissement et chacun des salariés,
- Un fonds d'entraide est accessible à chacun des salariés,
- Un réseau de professionnels de santé, respectant des critères qualitatifs et tarifaires rigoureux.

**La Mutuelle SERVIR propose une couverture santé facultative ou individuelle
6 niveaux de garanties au choix dès 24 € par mois.**

OFFRE ENSEIGNEMENT PRIVE 2016 FACULTATIVE et INDIVIDUELLE

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS (1)					
	ESSENTIEL	SOINS 1 (Y compris régime basic)	SOINS 2 (Y compris régime basic)	SOINS 3 (Y compris régime basic)	SOINS 4 (Y compris régime basic)	SOINS 5 (Y compris régime basic)
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*)						
Frais de séjour (**)	100% TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**)						
- Praticien signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
- Praticien non signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.						
(**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.						
Forfait Journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (y compris maternité)	-	30 €/jour limité à 60 jours par an	1,5 % du PMSS (3) / jour	2 % du PMSS (3) / jour	2,5 % du PMSS (3) / jour	2,5 % du PMSS (3) / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	-	20€/jour	1 % du PMSS ³ / jour	1,5 % du PMSS ³ / jour	2 % du PMSS ³ / jour	2 % du PMSS ³ / jour
LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100% TM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100% TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	-	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire
MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-				FR 100 € / an / bénéficiaire	FR 100 € / an / bénéficiaire
CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)						
- Praticien signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 200 % BR
- Praticien non signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 55 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
CONSULTATIONS / VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres)						
- Praticien signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 110 % BR	100 % TM + 160 % BR	100 % TM + 250 % BR
- Praticien non signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 90 % BR	100 % TM + 110 % BR	100 % TM + 100 % BR

NATURE DES SOINS	ESSENTIEL	SOINS 1	SOINS 2	SOINS 3	SOINS 4	SOINS 5
		(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE						
- Praticien signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 250 % BR
- Praticien non signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR
ANALYSES MÉDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100% TM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 100 % BR
ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER						
- Praticien signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
- Praticien non signataire du CAS (2)	100% TM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 55 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie	100% TM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
. inlays onlays d'obturation	100% TM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale	100% TM + 25% BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 180 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 300 % BR
Inlays core	100% TM + 25% BR	100 % TM + 95 % BR	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 175 % BR	100 % TM + 200 % BR
ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	-	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	175 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	250 % BR reconstituée
	-	(BR = 107,50 €)	(BR = 107,50 €)	(BR = 107,50 €)	(BR = 107,50 €)	(BR = 107,50 €)
Implants dentaires, par implant	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire	600 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	-	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)						
Actes pris en charge par la Sécurité Sociale	100% TM + 25% BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 300 % BR
Actes non pris en charge par la Sécurité	-	100 % BR reconstituée	150% BR reconstituée	175 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	225 % BR reconstituée
		(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)	(BR = 193,50 €)

NATURE DES SOINS	ESSENTIEL	SOINS 1	SOINS 2	SOINS 3	SOINS 4	SOINS 5
		(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)
PROTHÈSES AUDITIVES	-	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 250 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 350 € / oreille / an / bénéficiaire
ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	-	100 % TM + 25 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 125 % BR
OPTIQUE						
pour un verre						
. Verre simple foyer, sphérique (4)						
➤ Sphère de - 6 à + 6	40 €	60 €	adulte 90 € / enfant 80 €	adulte 100 € / enfant 85 €	adulte 110 € / enfant 90 €	adulte 120 € / enfant 95 €
➤ Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10	50 €	80 €	adulte 100 € / enfant 90 €	adulte 110 € / enfant 95 €	adulte 120 € / enfant 100 €	adulte 130 € / enfant 105 €
➤ Sphère < - 10 ou > + 10	70 €	85 €	adulte 110 € / enfant 100 €	adulte 120 € / enfant 105 €	adulte 130 € / enfant 115 €	adulte 140 € / enfant 120 €
. Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (4)						
➤ Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6	50 €	70 €	adulte 100 € / enfant 90 €	adulte 110 € / enfant 95 €	adulte 120 € / enfant 100 €	adulte 130 € / enfant 105 €
➤ Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	60 €	80 €	adulte 110 € / enfant 100 €	adulte 120 € / enfant 110 €	adulte 130 € / enfant 120 €	adulte 140 € / enfant 130 €
➤ Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6	80 €	100 €	adulte 130 € / enfant 120 €	adulte 140 € / enfant 125 €	adulte 150 € / enfant 135 €	adulte 160 € / enfant 140 €
➤ Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6	120 €	120 €	adulte 140 € / enfant 130 €	adulte 150 € / enfant 135 €	adulte 160 € / enfant 140 €	adulte 170 € / enfant 150 €
. Verre multi-focal ou progressif sphérique (4)						
➤ Sphère de - 4 à + 4	80 €	130 €	adulte 150 € / enfant 150 €	adulte 160 € / enfant 160 €	adulte 190 € / enfant 190 €	adulte 200 € / enfant 190 €
➤ Sphère < - 4 ou > + 4	100 €	150 €	adulte 170 € / enfant 170 €	adulte 190 € / enfant 170 €	adulte 210 € / enfant 210 €	adulte 240 € / enfant 210 €
. Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (4)						
➤ Sphère de - 8 à + 8	100 €	160 €	adulte 180 € / enfant 180 €	adulte 200 € / enfant 180 €	adulte 220 € / enfant 220 €	adulte 240 € / enfant 220 €
➤ Sphère < - 8 ou > + 8	140 €	200 €	adulte 220 € / enfant 220 €	adulte 240 € / enfant 220 €	adulte 260 € / enfant 260 €	adulte 280 € / enfant 260 €
Monture (***)	FR 40 €	FR 60 €	FR 100 €	FR 130 €	FR 140 €	FR 150 €
Lentilles (remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale et jetables)	-	2 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	4 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	7 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles
. Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	-	-	10 % du PMSS (6) / œil	15 % du PMSS (6) / œil	25 % du PMSS (6) / œil	25 % du PMSS (6) / œil
INDEMNITÉS FORFAITAIRES						
. Maternité	-	FR 50 €	10 % du PMSS (7)	10 % du PMSS (7)	15 % du PMSS (7)	15 % du PMSS (7)
. Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours):	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
	-	-	+ 5 % du PMSS (8)	+ 5 % du PMSS (8)	+10 % du PMSS (8)	+10 % du PMSS (8)

NATURE DES SOINS	ESSENTIEL	SOINS 1	SOINS 2	SOINS 3	SOINS 4	SOINS 5
		(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)	(Y compris régime basic)
MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale)						
Consultations d'OSTÉOPATHIE, CHIROPRAxie, d'ACUPUNCTURE, d'ETIOPATHIE (****)	de ou	Remboursement global de 40 € /séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
<p>(****)Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.</p>						
PRESTATIONS DE PRÉVENTION						
Actes figurant dans la liste de la Haute Autorité de Santé (9)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Bilan nutrition	-	FR 50 € /an/bénéficiaire	FR 65 € /an/bénéficiaire	FR 75 € /an/bénéficiaire	FR100 € /an/bénéficiaire	FR 125 € /an/bénéficiaire
Sevrage tabagique	-	FR 50 € /an/bénéficiaire	FR 65 € /an/bénéficiaire	FR 75 € /an/bénéficiaire	FR100 € /an/bénéficiaire	FR 125 € /an/bénéficiaire
ASSISTANCE SANTE (10) ET FONDS D'ENTRAIDE	oui	oui	oui	oui	oui	oui
GARANTIE OBSEQUES	-	-	FR 100	FR 200	FR 300	FR 400

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale; CAS: contrat d'accès aux soins; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 170€ en 2015); TM : Ticket modérateur. FR : forfait

(1) Contrat Responsable: le contrat respectant les obligations visées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses différents textes d'application. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré. Les prestations en pourcentage sont exprimées par rapport à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les prestations en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement éventuel de la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent par bénéficiaire.

(2) CAS: Le Contrat d'Accès aux Soins est signé entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients. La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent régime diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.

(3) En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation

(4) La prise en charge par l'organisme est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale.

(5) En vigueur au jour de la dépense

(6) En vigueur au jour de l'intervention

(7) En vigueur à la date de la naissance

(8) En vigueur au 1er jour de la cure

(9) La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

(10) Des services d'orientation pour savoir qui et où consulter : annuaires de professionnels de santé, classement des hôpitaux et des établissements spécialisés dans le traitement du cancer (service Guidhospi).

Des services de prévention pour entretenir sa santé : informations santé, newsletters, conseils, guides, coaching santé (nutrition, tabac, mémoire...).

(11) uniquement pour les membres participants en activité dans un établissement et ses ayants droit.

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ET COMPARATIF AVEC ACCORD DE BRANCHE

POUR BIEN COMPRENDRE LES GARANTIES :

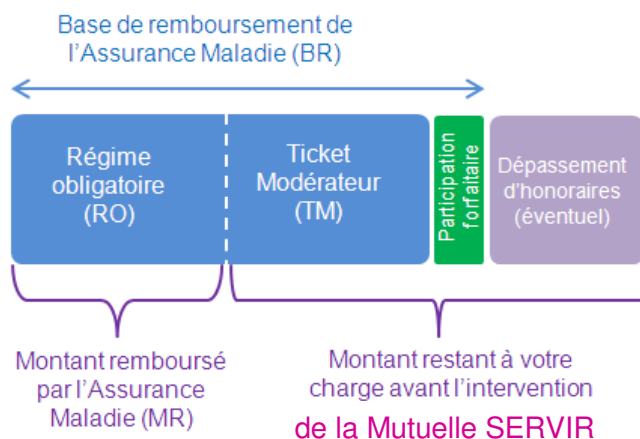
PETIT LEXIQUE :

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.

FR : Frais Réels, montant total de la dépense de santé.

TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie



► Consultation spécialiste signataire du CAS

dépenses : 70 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Essentiel	28,00 €	18,60 € (1)	TM	8,40 €	43,00 € (1)
Soins 1	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 20 % BR	14,00 €	37,40 € (1)
Soins 2	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 70 % BR	28,00 €	23,40 € (1)
Soins 3	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 110% BR	39,20 €	12,20 € (1)
Soins 4	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 160 % BR	51,40 €	1,00 € (1)
Soins 5	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 250 % BR	51,40 €	1,00 € (1)

(1) La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

► Consultation spécialiste non signataire du CAS

dépenses : 70 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Essentiel	28,00 €	18,60 € (1)	TM	8,40 €	43,00 € (1)
Soins 1	28,00 €	18,60 € (1)	TM	8,40 €	43,00 € (1)
Soins 2	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 50 % BR	22,40 €	29,00 € (1)
Soins 3	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 90% BR	33,60 €	17,80 € (1)
Soins 4	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 100 % BR	36,40 €	15,00 € (1)
Soins 5	28,00 €	18,60 € (1)	TM + 100 % BR	36,40 €	15,00 € (1)

(1) La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

► Prothèse dentaire dentoportée céramométallique (HBLD036)

dépense : 476 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Essentiel	107,50 €	75,25 €	TM + 25 % BR	59,13 €	341,62 €
Soins 1	107,50 €	75,25 €	TM + 100 % BR	139,75 €	261,00 €
Soins 2	107,50 €	75,25 €	TM + 150 % BR	193,50 €	207,25 €
Soins 3	107,50 €	75,25 €	TM + 180 % BR	225,75 €	175,00 €
Soins 4	107,50 €	75,25 €	TM + 200 % BR	247,25 €	153,50 €
Soins 5	107,50 €	75,25 €	TM + 300 % BR	354,75 €	46,00 €

► 1 semestre d'orthodontie prise en charge par la sécurité sociale

dépense : 700 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Essentiel	193,50 €	193,50 €	TM + 25 % BR	48,38 €	458,12 €
Soins 1	193,50 €	193,50 €	TM + 100 % BR	193,50 €	313,00 €
Soins 2	193,50 €	193,50 €	TM + 150 % BR	290,25 €	216,25 €
Soins 3	193,50 €	193,50 €	TM + 200 % BR	387,00 €	119,50 €
Soins 4	193,50 €	193,50 €	TM + 250 % BR	483,75 €	22,75 €
Soins 5	193,50 €	193,50 €	TM + 300 % BR	506,50 €	0,00 €

► Optique : un équipement de lunettes adulte

(Monture 170 € et verre simple foyer sphère de -6 à +6 120 € x2)

dépense : 410 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR	RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Prise en charge	
Essentiel	7,42 €	4,45 €	120,00 €	285,55 €
Soins 1	7,42 €	4,45 €	180,00 €	225,55 €
Soins 2	7,42 €	4,45 €	280,00 €	125,55 €
Soins 3	7,42 €	4,45 €	330,00 €	75,55 €
Soins 4	7,42 €	4,45 €	360,00 €	45,55 €
Soins 5	7,42 €	4,45 €	390,00 €	15,55 €

► Optique : un équipement de lunettes adulte

(Monture 170 € et verre multifocal ou progressif sphère de -4,00 à +4,00 240 € x2)

dépense : 650 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR	RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Prise en charge	
Essentiel	17,48 €	10,48 €	200,00 €	439,52 €
Soins 1	17,48 €	10,48 €	320 €	319,52 €
Soins 2	17,48 €	10,48 €	400 €	239,52 €
Soins 3	17,48 €	10,48 €	450 €	189,52 €
Soins 4	17,48 €	10,48 €	520 €	119,52 €
Soins 5	17,48 €	10,48 €	550 €	89,52 €

► Implant dentaire

dépense : 800 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR	RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Prise en charge	
Essentiel	0,00 €	0,00 €	0,00 €	800,00 €
Soins 1	0,00 €	0,00 €	0,00 €	800,00 €
Soins 2	0,00 €	0,00 €	150,00 €	650,00 €
Soins 3	0,00 €	0,00 €	300,00 €	500,00 €
Soins 4	0,00 €	0,00 €	450,00 €	350,00 €
Soins 5	0,00 €	0,00 €	600,00 €	200,00 €

► **Hospitalisation : chambre particulière**

dépense : 70 € /jour

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Essentiel	0,00 €	0,00 €	-	-	70,00 €
Soins 1	0,00 €	0,00 €	30 € /jour	30,00 €	40,00 €
Soins 2	0,00 €	0,00 €	1,5 % du PMSS (1)	47,55 €	22,45 €
Soins 3	0,00 €	0,00 €	2 % du PMSS (1)	63,40 €	6,60 €
Soins 4	0,00 €	0,00 €	2,5 % du PMSS (1)	70,00 €	0,00 €
Soins 5	0,00 €	0,00 €	2,5 % du PMSS (1)	70,00 €	0,00 €

(1) En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation : au 1^{er} janvier 2015 3170 €