Régime BRS+ Alsace Moselle
Régime Alsace Moselle à adhésion facultative - surcomplémentaire

Tableau de garanties Santé à effet du 1er janvier 2025

En tant que retraité du canton inter-entreprises La Boétie, vous avez choisi d'adhérer au régime BRS Alsace Moselle et à sa surcomplémentaire BRS+ Alsace Moselle. Vous êtes donc couvert par Malakoff Humanis Prévoyance. Retrouvez le détail de vos garanties dans le tableau suivant.

Dans tous les cas, les remboursements sont limites aux frais réels.

Pour tous les actes complexes, nous vous conseillons de réaliser un devis avant d'engager des frais.

Qu'est ce qui change avec la surcomplémentaire BRS+ Alsace Moselle ?

La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima aux obligations légales	Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale (hors forfait annuel) dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION (1)	
Honoraires	
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (2)	500% BRSS
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) (15) (6) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Les remboursements sont liés à la correction de la vision, fonction du verre et de l'utilisation ou non du réseau **et sont limités à 1 équipement tous les ans** quel que soit le contrat au titre duquel la demande de prestation est formulée (contrat individuel BRS Alsace Moselle ou contrat individuel BRS+ Alsace Moselle).
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne	
Chez un généraliste **Non adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Chez un spécialiste **Non adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Acte techniques médicaux	
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Actes d'imagerie médicale	
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS

Malakoff Humanis Prévoyance
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Tableau de garanties santé incluant les garanties du régime BRS

La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima aux obligations légales	Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale (hors forfait annuel) dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION (1)	
Frais de séjour	
En établissement conventionné	500% BRSS
En établissement non conventionné (2)	500% BRSS
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	500% BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (2)	200% BRSS
Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100% DE sans limitation de durée
Forfait patient urgence (16)	100% DE
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100% de la participation forfaitaire
Chambre particulière (4) Non remboursée par la Sécurité sociale	
Par nuitée	110 €
Par journée	110 €
Lit d'accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale - sur présentation d'une facture (4)	
Bénéficiaire dont l'âge est < à 17 ans - par jour/par nuitée	110 €
Forfait maternité ou adoption plénière Par enfant	150 €
DENTAIRE (auprès d'un professionnel)	
Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (12)
Soins et prothèses autres que 100% Santé	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire remboursés par la Sécurité sociale	100% FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 450% BRSS, puis 75% FR pour la partie de la dépense comprise entre 451% et 850% BRSS
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	100% FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 450% BRSS, puis 75% FR pour la partie de la dépense comprise entre 451% et 850% BRSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 450% BRSS, puis % FR pour la partie de la dépense comprise entre 451% et 850 % BRSS
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	60% FR dans la limite de 942 €/acte (20)
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :	
Couronnes, bridges et inter de bridges Couronnes sur implant Prothèses dentaires amovibles Réparations sur prothèses Inlay-core Prothèses dentaires provisoires	100% FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 450% BR, puis 75% FR entre 451% et 750% BRSS Avec un remboursement minimum de : - 400 € par couronne ou couronne sur implant - 1200 € par bridge 3 éléments - 100 € par dent pour les prothèses dentaires amovibles - 100 € par inter de bridge supplémentaire
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :	
Couronnes	100 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 483,76 € 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 483,77 € et 913,75 €
Bridges et Inter de bridges	100 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 1260 € 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 1260 € et 2362,50 €

Prothèses dentaires provisoires Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	100 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 67,50 € 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 67,51 € et 123,75 €
Implantologie	
Par Implant	80 % FR dans la limite de 942 € (20)
Par Pilier implantaire	80 % FR dans la limite de 377 € (20)
Orthodontie (7)	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	100% FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 450% BRSS, puis 75% FR entre 451% et 850% BRSS
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	60 % FR dans la limite de 942 €/semestre (20)
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales valant notice d'information	
Équipement 100 % Santé (classe A)** (15) Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien****	sans reste à payer (13)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) (15) (6) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Les remboursements sont liés à la correction de la vision, fonction du verre et de l'utilisation ou non du réseau **et sont limités à 1 équipement tous les ans** quel que soit le contrat au titre duquel la demande de prestation est formulée (contrat individuel BRS Alsace Moselle ou contrat individuel BRS+ Alsace Moselle).
Dans le réseau KALIXIA (9) tarifs négociés et reste à charge minoré	
Par Bénéficiaire	
par verre simple	0 € reste à charge (22) dans le réseau sur les verres et traitements
verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	
par verre complexe (unifocal)	
verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	
par verre complexe (multifocal)	
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	
par verre très complexe	
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	
par monture de lunettes	100 €

Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien****	100% BRSS
Hors réseau KALIXIA [9]	
Par Bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans	
par verre simple	
verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	75 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	110 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	110 €
par verre complexe (unifocal)	
verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	220 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	130 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	130 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	130 €
par verre complexe (multifocal)	
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	170 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	220 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	220 €
par verre très complexe	
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	220 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	260 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	320 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	320 €
par monture de lunettes	100 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien****	100% BRSS
Par Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans	
par verre simple	
verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	75 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	90 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	90 €
par verre complexe (unifocal)	
verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	200 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	125 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	125 €
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	125 €
par verre complexe (multifocal)	
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	200 €

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	200 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	200 €
par verre très complexe	
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	200 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	200 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	200 €
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	200 €
par monture de lunettes	100 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien****	100% BRSS
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale, y compris jetables (y compris les produits d'entretien) - par an et par bénéficiaire (10)	250 € par an puis TM
Supplément optique divers pris en charge par la Sécurité sociale	100% FR dans le réseau (9) 150% BRSS en dehors du réseau (9)
Chirurgie optique réfractive Par œil et par bénéficiaire	60% FR dans la limite de 600 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille, renouvellement tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé (classe I***)**	(sans reste à payer) (13)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II*)**	
Dans le réseau KALIXIA (9) tarifs négociés et reste à charge minoré Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire	100% FR
Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Hors réseau KALIXIA (9) (21) Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire	100% FR dans la limite de 1300 €
Accessoires et fournitures	100% BRSS
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne	
Chez un généraliste **Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Chez un généraliste **Non adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Chez un spécialiste **Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Chez un spécialiste **Non adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS
Acte techniques médicaux	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR dans la limite de 450% BRSS

Honoraires paramédicaux	100% FR dans la limite de 450 %BRSS
Dispositif Mon Soutien Psy	
Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité Sociale (19)	100% TM
Analyses et examens de laboratoire	100% FR dans la limite de 450% BRSS
Radios non remboursées par la Sécurité sociale (ostéodensitométrie, scanner dentaire…) Par an et par bénéficiaire	50 € par prestation (dans la limite de 200 €)
Analyses non remboursées par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	50% FR et dans la limite de 90 €
Matériel médical Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% FR jusqu'à 450% BR
Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (11)	100% FR dans la limite de 450 %BRSS
Cures thermales Remboursées par la Sécurité sociale (à l'exception des frais de voyage)	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, hébergement thermal - forfait global annuel	240 €
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65% (17)	100% BRSS
Médicaments remboursés à 30% (17)	100% BRSS
Médicaments remboursés à 15% (17)	100% BRSS
Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	60% FR dans la limite de 60 €
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	120 €
Médecine additionnelle et de prévention (sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel) - Non remboursée par la Sécurité sociale	
(Acupuncteur, Chiropracteur, Méthode Mézières, Ostéopathe, Diététicien-Nutritionniste, Etiopathe, Tabacologue-Sevrage tabagique) montant par séance	40 € dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
(Psychologue, psychomotricien, psychothérapeute pour les adultes) montant par séance	30 € dans la limite de 300 € par an
Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité Sociale - montant par séance (Psychologue, psychomotricien, psychothérapeute pour les enfants)	30 € dans la limite de 600 € par an
Actes de prévention Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (14)	100% TM

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.
DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.
TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).
RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale).
RC = Régime complémentaire.
PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2025 : 3 925 €).
FR=Frais Réels

*** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique**) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site **annuairesante.ameli.fr** est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, prise en charge minimale au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Le remboursement total est au minimum de 100 % de la BR.

(6) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives.

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(9) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

(10) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(11) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

(13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

(14) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)

(15) **L'équipement optique de "classe A"** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du "100% santé". **L'équipement optique de "classe B"** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties

(16) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(17) Prestations soumises aux tarifs opposables (tarifs sans dépassements d'honoraires). En cas d'exigence particulière du patient soumise à dépassement éventuel, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(18) Médicaments délivrés par des pharmacies d'officine et pharmacies autorisées à vendre sur internet telles que répertoriées par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search.
Médicaments identifiables par leurs taux de TVA : 2,1%, 5,5% ou 10%. Les produits vendus en pharmacie au taux de 20% ne relèvent pas de la garantie.

(19) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur monpsy.sante.gouv.fr

(20) Le cumul de remboursement de l'ensemble de ces postes est limité à 100% PMSS/an/bénéficiaire.

(21) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(22) Dans la limite des frais réellement engagés et des plafonds contrats responsables.