



CABINET
Philippe POISSON

Cabinet P. POISSON
27 bis rue du Petit Pont - Bat B - 45000 Orleans
Tel : 02.38.63.27.38
assurances@p-poisson.com

Prestations sous déduction de celles versées par la sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €	Régime conventionnel	Soce	Option 1	Option 2
Hospitalisation y compris Maternité				
Frais de séjour conventionné	130% BR	FR	FR	FR
Frais de séjour non conventionné	130% BR	180% BR	90% FR	90% FR
Honoraires – Actes chirurgicaux	CAS	150% BR	280% BR	380% BR
	non CAS	120% BR	225% BR (2015-2016) 200% BR (dès 2017)	225% BR (2015-2016) 200% BR (dès 2017)
Frais de transport pris en charge par le RO	10% BR	165% BR	265% BR	465% BR
Forfait hospitalier journalier	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière/jour	Non Couvert	63 €	95 €	110 €
Frais d'accompagnement/jour	Non Couvert	47 €	63 €	79 €
Hospitalisation à l'étranger (RO français)	Non Couvert	200% BR	245% BR	245% BR
Procréation médicale assistée/an/pers.	Non Couvert	200 €	200 €	200 €
Soins courants				
Consultation / Visites généralistes	CAS	120% BR	190% BR	270% BR
	Non CAS	100% BR	170% BR	225% BR (2015-2016) 200% BR (dès 2017)
Consultation / Visites spécialistes	CAS	150% BR	190% BR	270% BR
	non CAS	120% BR	170% BR	225% BR (2015-2016) 200% BR (dès 2017)
Auxiliaires médicaux	10% BR	160% BR	260% BR	460% BR
Examens Analyses laboratoire	CAS	150% BR	180% BR	260% BR
	non CAS	120% BR	160% BR	225% BR (2015-2016) 200% BR (dès 2017)
Radiologie et petite chirurgie	CAS	150% BR	190% BR	270% BR
	non CAS	120% BR	170% BR	225% BR (2015-2016) 200% BR (dès 2017)
Frais de transport pris en charge par le RO	100% BR	165% BR	265% BR	465% BR
Pharmacie				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Optique				
Une paire de lunettes (1 monture max 150 € + 2 verres) tous les 2 ans, sauf pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue : 1 tous les ans.				
Equipement à verres unifocaux simples	60% BR + 130 €	60% BR + 320 €	60% BR + 380 €	60% BR + 470 €
Equipement comportant 1 verre unifocal simple et un autre type de verre	60% BR + 210 €	60% BR + 350 €	60% BR + 425 €	60% BR + 570 €
Tout autre équipement	60% BR + 260 €	60% BR + 380 €	60% BR + 470 €	60% BR + 670 €
Lentilles	prises en charge RO	60% BR + 50 €	60% BR + 253 €	60% BR + 317 €
	non prises en charge RO	60% BR + 50 €	60% BR + 158 €	60% BR + 190 €
Traitement des corrections visuelles par chirurgie	Non Couvert	250 €	350 €	450 €
Dentaire				
Soins conservateurs (suivi, détartrage, ...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlays / Onlays	160% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Prothèses	prises en charge RO	160% BR	270% BR	370% BR
	non prises en charge RO	Non Couvert	200 €	300 €
Parodontologie/an/pers.	Non Couvert	75 €	100 €	200 €
Implantologie/an/pers.	Non Couvert	200 €	250 €	350 €
Orthodontie	prise en charge RO	160% BR	300% BR	350% BR
	non prise en charge RO	Non Couvert	200 €	300 €
Appareillage				
Prothèses orthopédiques et autres hors dentaire	130% BR	160% BR	260% BR	460% BR
Prothèses auditives	130% BR	160% BR	160% BR	310% BR
Forfait supplémentaire/appareil/3 ans	0 €	150 €	300 €	400 €
Prévention et Santé au quotidien				
Ostéopathie et Chiropractie /pers.	Non Couvert	25 €/séance (maxi 3/an)	30 €/séance (maxi 3/an)	50 €/séance (maxi 3/an)
Cures thermales prises en charge par le RO + Frais supplémentaires cures thermales/an/pers.	Non Couvert	100% BR + 125 €	100% BR + 175 €	100% BR + 175 €
Consultation diététique/an/pers.	0 €	28 €	28 €	28 €
Tous les moyens de contraception et vaccins prescrits non remboursés par le RO/an/pers.	0 €	50 €	60 €	60 €
Substituts nicotiniques non remboursés par le RO/an/pers.	0 €	50 €	50 €	50 €
Service d'accompagnement diététique par Internet	Non Couvert	Inclus	Inclus	Inclus
Actes de prévention pris en charge par le RO	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Cotisation mensuelle par salarié	33 €	34,75 €	47,95 €	63,07 €