

Décidez vous-même du montant des remboursements complémentaires à votre régime général de base.

Vous trouverez au sein de notre gamme, composée de 4 garanties différentes, votre régime sur mesure.

- **Une gamme souple**

Vous choisissez la formule qui vous convient le mieux, parmi les 4 qui vous sont proposées au verso. Que vous soyez seul, en couple ou en famille... à chaque situation, une solution adaptée.

- **Des garanties qui évoluent avec vous**

En fonction de votre âge, de votre situation familiale... vos besoins évoluent dans le temps. Aucun problème ! Vous pouvez adapter votre protection et changer de formule chaque année, très simplement.

Un budget Santé bien équilibré avec TNS Santé

Exemples de remboursements **TNS Santé**, garantie **Médium**

	Consultation d'un généraliste (en parcours de soins)	Consultation d'un spécialiste de secteur 2 (en parcours de soins)	Frais dentaires (couronne)	Frais d'optique	
				2 verres	Monture
Dépenses engagées	23 €	50 €	490 €	165 €	105 €
Remboursement RSI	15,10 €	15,10 €	75,25 €	3,87 €	1,85 €
Remboursement TNS Santé	6,90 €	33,90 €	322,50 €	152 €	100 €
Reste à votre charge	1 €	1 €	92,25 €	9,13 €	3,15 €

Exemple de cotisation **TNS Santé**, hors allègement créateur et pour une adhésion en 2011 :

Vous avez 34 ans

Vous êtes marié, vous avez un enfant, votre conjoint a 30 ans. Vous avez choisi la garantie **Médium**. La cotisation mensuelle sera de 140,76 €, pour votre famille, assistance familiale incluse.

Les PLUS de TNS Santé

- Aucune formalité médicale.
- Une protection immédiate*.
- Une assistance santé 24h/24 et 7j/7.
- **Prise en charge de soins hors nomenclature dans une certaine limite (acupuncture, chiropractie, ostéopathie, chirurgie des yeux) dès la garantie Médium.**
- Le Tiers payant.

Et 20 % de réduction sur vos cotisations pendant 2 ans si vous adhérez dans les 12 mois qui suivent la création de votre entreprise.

* Si adhésion dans les 6 mois suivant la création de l'entreprise ou si certificat de radiation de votre précédent organisme datant, au plus, de 2 mois.

Choisissez votre garantie...

Montant des remboursements versés en complément de ceux du Régime Social des Indépendants (RSI) au 1^{er} janvier 2011

	→ Garantie Basic	→ Garantie Médium	→ Garantie Confort	→ Garantie Grand Confort
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE* Chirurgie (à l'exclusion de la chirurgie esthétique) Hospitalisation médicale Frais de transport terrestre	400 % de la BR	400 % de la BR	400 % de la BR	400 % de la BR
Chambre particulière (y compris maternité)	54 €/jour	60 €/jour	92 €/jour	92 €/jour
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	27 €/jour	30 €/jour	46 €/jour	46 €/jour
Garantie hospitalière (du 8 ^e au 100 ^e jour d'hospitalisation)	-	-	-	30 €/jour
Forfait hospitalier	100 % des frais dans la limite de 18 €/jour			
FRAIS DE MALADIE Pharmacie* Vaccins pris en charge par le RSI*	100 % de la BR**	100 % de la BR**	100 % de la BR**	100 % de la BR**
**incluant le remboursement du RSI				
Consultations* - Visites* - Analyses* Électrothérapie* - Radiologie* - Soins par auxiliaires médicaux Pratique médicale courante*	150 % de la BR	300 % de la BR	400 % de la BR	400 % de la BR
Orthopédie Acoustique (par appareil remboursé par le RSI)	381 €/an 381 €	80 % des FR 381 €	90 % des FR 457 €	90 % des FR 610 €
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € (Actes affectés d'un coefficient au moins égal à 60 ou d'un montant d'au moins 120 €)	Remboursée à concurrence de 100 %			
FRAIS DE CURES THERMALES hors frais de voyages et thalassothérapie (acceptés complètement ou partiellement par le RSI)	260 €	305 €	381 €	457 €
FRAIS DENTAIRES Soins dentaires Prothèses dentaires - Orthodontie (acceptées ou refusées par le RSI. En cas de refus, la BR est reconstituée)	200 % de la BR	300 % de la BR Remb. minimum 50 % des dépenses engagées limitées à 1 906 €	400 % de la BR Remb. minimum 50 % des dépenses engagées limitées à 2 287 €	500 % de la BR Remb. minimum 50 % des dépenses engagées limitées à 3 050 €
Dents Inlay et Onlay Soins de parodontologie	200 % de la BR si frais acceptés par le RSI			
Implants	-			
FRAIS D'OPTIQUE	L'Assureur ne rembourse qu'une seule paire de lunettes (2 verres + 1 monture) par personne bénéficiaire et par année civile. Le remboursement d'une deuxième paire de lunettes par bénéficiaire est soumis à étude, auprès de l'Assureur.			
Pour 2 verres et/ou 2 lentilles Acceptés par le RSI Par monture	91 € 76 €	152 € 100 €	220 € 150 €	350 € 200 €
Lentilles refusées par le RSI (y compris lentilles jetables ; par personne et par an)	91 €	152 €	245 €	305 €
GARANTIE ASSISTANCE	oui	oui	oui	oui
TIERS PAYANT	oui	oui	oui	oui
INDEMNITÉ DE MATERNITÉ	230 €	381 €	457 €	610 €
FRAIS NON REMBOURSÉS PAR LE RSI (remboursement sur avis favorable de l'Assureur)	-	60 % des FR***	60 % des FR***	70 % des FR***
*** Soins de chiropractie, acupuncture, ostéopathie dispensés par des praticiens diplômés, chirurgie des yeux dans la limite de 300 € par œil				

Le total des remboursements (RSI et TNS Santé) ne peut excéder le montant des frais engagés.

BR : Base de Remboursement : tarif de référence du RSI à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire.

TM : Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le RSI.

FR : Frais Réels : dépenses réellement engagées.

* Ces garanties sont impactées par les dispositions concernant le respect du parcours de soins coordonnés et les dispositions dites « contrats responsables » (obligations de prise en charge minimales et exclusions de prise en charge minimales) ; voir article 9.2 « paiement des prestations » des dispositions générales valant notice d'information.

Au titre de la prévention, les vaccins et l'ostéodensitométrie remboursés par le RSI font l'objet d'un remboursement minimum égal au ticket modérateur. Ces actes de prévention peuvent être impactés par les dispositions hors parcours de soins.

La contribution forfaitaire à la charge de l'Assuré, instaurée par la réforme de l'Assurance maladie, pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de prévention médicale, **fixée à 1 €** est limitée à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé. **Cette contribution n'est pas prise en charge par l'Assureur.**

Les franchises médicales, instituées par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, sur chacun des produits et actes suivants : boîte de médicament, acte effectué par un auxiliaire médical (à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation), transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi (à l'exclusion des transports d'urgence), **ne sont pas prises en charge par l'Assureur.**