



Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.

Les niveaux d'indemnisation Base + Option s'entendent y compris régime de base obligatoire et y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément Sécurité sociale).

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

CCAM : Classification commune des actes médicaux.

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique.

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Hospitalisation	Conventionné / Non conventionné		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	130 % BR	130 % BR	130 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires de chirurgie (ADC) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	150 % BR 130 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR
Honoraires d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM), Autres honoraires Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	150 % BR 130 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR
Chambre particulière (y compris maternité)	28€ par jour	45€ par jour	60€ par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	28€ par jour	45€ par jour	60€ par jour
Transport			
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Généraliste (consultation et visite) Médecin ayant adhéré au DPTM Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR
Spécialiste (consultation et visite) DPTM et non DPTM Médecin ayant adhéré au DPTM Médecin n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	170% BR 150 % BR	220% BR 200 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	150 % BR 130 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR

	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) Médecins ayant adhéré au DPTM Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM	100 % BR 100 % BR	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de biologies médicales remboursés Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes dits « lourds »	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments			
Remboursés par Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursés par Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits autre pharmacie prescrite (Non remboursée SS)	Crédit de 1% PMSS par année civile	Crédit de 2 % PMSS par année civile	Crédit de 3 % PMSS par année civile
Sevrage tabagique (Non remboursée SS)	Crédit de 2 % du PMSS par année civile	Crédit de 2 % du PMSS par année civile	Crédit de 4 % du PMSS par année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SÉCU (hors auditives, dentaire et d'optique)	100 % BR + crédit de 1000€ par année civile	100 % BR +crédit de 1500€ par année civile	100 % BR + crédit de 2 000€ par année civile
Médecine non remboursée Sécurité sociale			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Diététicien, Ergothérapie, Méthode Mézières, Microkinésie, Nutritionniste, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricité, Psychothérapie, Réflexologie, Sophrologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	20€ / acte (maxi 4 actes par année civile)	20€ / acte (maxi 4 actes par année civile)	20€ / acte (maxi 4 actes par année civile)
Autres frais			
Forfait maternité	–	–	10 % PMSS
Ostéodensitométrie	–	–	100€ par année civile et par bénéficiaire
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention			
Prise en charge des actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé (Classe 1)*			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité sociale, dans la limite des PLV**		
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité sociale, dans la limite des PLV**		

	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
Équipements libres (Classe 2)***			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 550€**	100 % BR + 1000€	100 % BR + 1 300€
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR + 300€**	100 % BR + 300€	100 % BR + 300€
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale****	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé*

Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	

Prothèses

Panier maîtrisé**

Inlay, onlay	100 % BR dans la limite des HLF		
Inlay core	270 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires	270 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF	500 % BR dans la limite des HLF

Panier libre***

Inlay, onlay	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay core	270 % BR	400 % BR	500 % BR
Autres appareillages prothétiques dentaires	270 % BR	400 % BR	500 % BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
--	----------	----------	----------

Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale

Orthodontie remboursée Sécurité sociale	180 % BR	430 % BR	460 % BR
---	----------	----------	----------

Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale

Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	Crédit de 120€ par année civile	Crédit de 390€ par année civile	Crédit de 450€ par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	–	–	Crédit de 300€ par année civile
Orthodontie	180 % de la BR reconstituée	180 % de la BR reconstituée	180 % de la BR reconstituée

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

	Régime conventionnel souscrit par l'employeur	Régime conventionnel + option 1	Régime conventionnel + option 2
--	---	---------------------------------	---------------------------------

Optique

Équipements 100 % Santé*

Monture de classe A (quel que soit l'âge)**	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Verres de classe A (quel que soit l'âge)**	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV

Équipements libres***

Monture de classe B (quel que soit l'âge)**	RSS + 85 €	RSS + 92,50 €	RSS + 100 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge)**	Montants indiqués dans la grille optique, en fonction du type de verres		

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100 % BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + crédit de 1,25 % PMSS par année civile	100 % BR + crédit de 2,25 % PMSS par année civile	100 % BR + crédit de 3,50 % PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 1,75 % PMSS par année civile	Crédit de 1,75 % PMSS par année civile	Crédit de 3,50 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit annuel de 6 % PMSS par œil	Crédit annuel de 6 % PMSS par œil	Crédit annuel de 6 % PMSS par œil

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
- La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin.
- Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique.
- Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
- (***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.
- Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique			Montant en € par verre (RSS inclus)					
Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Régime conventionnel		Régime conventionnel + option 1		Régime conventionnel + option 2	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	80 €	70 €	100 €	90 €	120 €	110 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	100 €	90 €	120 €	110 €	140 €	130 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	80 €	110 €	100 €	130 €	120 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100 €	90 €	120 €	110 €	140 €	130 €
		SPH > 0 et S > + 6	120 €	110 €	140 €	130 €	160 €	150 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	110 €	100 €	130 €	120 €	150 €	140 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	110 €	100 €	130 €	120 €	150 €	140 €
Et progressifs multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	160 €	150 €	180 €	170 €	200 €	190 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	180 €	170 €	200 €	190 €	220 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	180 €	170 €	200 €	190 €	220 €	210 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	190 €	220 €	210 €	240 €	230 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	200 €	190 €	220 €	210 €	240 €	230 €
		SPH > 0 et S > + 8	220 €	210 €	240 €	230 €	260 €	250 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	200 €	190 €	220 €	210 €	240 €	230 €

* Le verre neutre est compris dans cette classe.