



Garanties SuperSanté

Entreprises du commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

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

€ : Euro

PLV : Prix limite 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

Hospitalisation

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2	Option 3
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité					
Frais de séjour	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant	Néant	
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires					
– Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
– Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Chambre particulière	50 € par jour	+ 20 € par jour	+ 50 € par jour	+ 75 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de –16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30 € par jour	+ 30 € par jour	+ 35 € par jour	+ 40 € par jour	

Transport

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2	Option 3
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR		Néant	Néant	Néant

Soins courants

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	Option 3	
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale					
Généralistes (Consultations et visites)					
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)					
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)					
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)					
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale					
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étioopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Néant	30 € par acte limité à 3 actes par année civile	30 € par acte limité à 5 actes par année civile	40 € par acte limité à 5 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR	
Médicaments					
Remboursés Sécurité sociale	100% BR	Néant	Néant	Néant	

		Prestations surcomplémentaires au régime de base		
Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base			
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	Option 3
Pharmacie (hors médicaments)				
Remboursés Sécurité sociale	100% BR	Néant	Néant	Néant
Non remboursés Sécurité sociale :	Néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
- Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Néant	Néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 75 € par année civile
- Sevrage tabagique	Néant	Néant		
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR	+ Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 600 € par année civile	+ Crédit de 800 € par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾				
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	Néant	Néant	Néant
Aides auditives				
Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	Option 3
Jusqu'au 31/12/2020				
Aides auditives remboursées Sécurité sociale				
Aides auditives	100 % BR	+ Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 600 € par année civile	+ Crédit de 800 € par année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR	Néant	Néant	Néant
À compter du 01/01/2021				
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾				
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et 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) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant	Néant

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Prestations surcomplémentaires au régime de base			
	Base Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	Option 3

Équipements libres ⁽⁴⁾				
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % BR	+ 300 € ⁽¹⁾	+ 600 € ⁽¹⁾	+ 800 € ⁽¹⁾
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) ⁽³⁾	100 % BR	+ 300 € ⁽¹⁾	+ 300 € ⁽¹⁾	+ 300 € ⁽¹⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR	Néant	Néant	Néant

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018

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

(3) 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)

(4) 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)

Dentaire

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	Option 3

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾				
Inlay core	RSS + 100% des frais res-tant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF			
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		Néant	Néant	Néant

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾

- Inlay, onlay	125 % BR dans la limite des HLF	Néant	Néant	Néant
- Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 250% BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 350 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 250% BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 350 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2	Option 3
Panier libre ⁽³⁾					
- Inlay , onlay	125 % BR	Néant		Néant	Néant
- Inlay core	125 % BR	+150 % BR		+250 % BR	+350 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125 % BR	+150 % BR		+250 % BR	+350 % BR
Soins					
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	Néant		Néant	Néant
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale					
Orthodontie	125 % BR	+150 % BR		+250 % BR	+350 % 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	125 % BR	+150 % BR		+250 % BR	+350 % BR
Parodontologie	Néant	Crédit de 150 € par année civile		Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier...)	Néant	Crédit de 200 € par implant limité à 5 implants par année civile		Crédit de 300 € par implant limité à 5 implants par année civile	Crédit de 400 € par implant limité à 5 implants par année civile
Orthodontie	125% BR	+150 % BR		+250 % BR	+350% BR

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

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

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

Optique

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base		
		Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾						
Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾		RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale , dans la limite des PLV	Néant	Néant	Néant	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾		RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale , dans la limite des PLV	Néant	Néant	Néant	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			Néant	Néant	Néant	
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	Néant	Néant	Néant	
Équipements libres ⁽³⁾						
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	30 €		+ 50 €	+ 70 €	+ 70 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après , en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après , en fonction du type de verres			+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après , 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	Néant		Néant	Néant	
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	Néant		Néant	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant		Néant	Néant	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)	100 % BR	Néant		Néant	Néant	

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2	Option 3

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 30 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 150 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 30 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 150 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant	Crédit de 400 € par année civile	Crédit de 500 € par année civile	Crédit de 600 € par année civile

(1) Équipements 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.

(2) 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 ; DM1A 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 paraneoplasique ;
- 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
 - 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.

(3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panchage 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 « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus) / Adulte et enfant			
			Base	Option 1	Option 2	Option 3
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	35 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 100 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	85 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 100 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	35 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 100 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	35 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 100 €
		SPH > 0 et s > + 6	85 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 100 €
	Sphéro cylindriques	SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	85 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 100 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	85 €	+ 80 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH de - 4 à + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
Progressifs et multifocaux	Sphéro cylindriques	SPH > 0 et s ≤ + 8	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH > 0 et s > + 8	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	85 €	+ 100 €	+ 120 €	+ 165 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base	Prestations supplémentaires au régime de base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	Option 3
Cure thermique remboursée Sécurité sociale				
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	Néant	Néant	Néant
Frais de voyage et hébergement	Néant	Forfait de 150 €	Forfait de 200 €	Forfait de 300 €
Forfait maternité				
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Néant	Forfait de 150 €	Forfait de 300 €	Forfait de 350 €

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.



Garanties HyperSanté

Entreprises du commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée . OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique .

€ : Euro

FR : Frais réels engagés 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

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

RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

Hospitalisation

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires			
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Chambre particulière	70 € par jour	+ 20 € par jour	+ 50 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	60 € par jour	+ 30 € par jour	+ 35 € par jour

Transport

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	Néant	Néant

Soins courants

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)				
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)				
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) , actes techniques médicaux (ATM)				
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) , actes d'échographie (ADE)				
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale				
Acupuncture , chiropractie , ostéopathie , étioopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par acte limité à 3 actes par année civile	30 € par acte limité à 3 actes par année civile	30 € par acte limité à 5 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	250 % BR	+ 150 % BR	+ 250 % BR	
Médicaments				
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	Néant	Néant	

	Prestations surcomplémentaires au régime de base		
	Base	Option 1	Option 2
Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)			
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	Néant	Néant
Non remboursés Sécurité sociale :			
- Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 50 € par année civile
- Sevrage tabagique	Néant	Néant	Crédit de 50 € par année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 600 € par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	Néant	Néant
Aides auditives			
Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2
Jusqu'au 31/12/2020			
Aides auditives remboursées Sécurité sociale			
Aides auditives	100 % BR + Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 600 € par année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR	Néant	Néant
À compter du 01/01/2021			
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'à 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Équipements libres ⁽⁴⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % BR + 300 € ⁽³⁾ par année civile	Crédit de 100% BR + 300 € ⁽¹⁾ par année civile	Crédit de + 600 € ⁽³⁾ par année civile

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2
Aides auditives pour les personnes jusqu'à 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % BR + 300 € ⁽¹⁾ par année civile		Néant	Néant
Pilés et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR		Néant	Néant

(1) Pour les pilés , la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018

(2) Équipements de Classe I , tels que définis réglementairement.

(3) 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)

(4) Équipements 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)

Dentaire

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾				
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale , dans la limite des HLF		Néant	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires				
Prothèses				
Panier maîtrisé ⁽²⁾				
- Inlay , onlay	125 % BR dans la limite des HLF	Néant		Néant
- Inlay core	275 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾		+ 250% BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾		+ 250% BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
Panier libre ⁽³⁾				
- Inlay , onlay	125 % BR	Néant		Néant
- Inlay core	275 % BR	+150 % BR		+250 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275 % BR	+150 % BR		+250 % BR

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale		Option 1	Option 2

Soins

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

Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale

Orthodontie	275 % BR	+150 % BR	+250 % 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	275 % BR	+150 % BR	+250 % BR
Parodontologie	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 150 € par année civile	Crédit de 150 € 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 200 € par implant limité à 5 implants par année civile	Crédit de 200 € par implant limité à 5 implants par année civile	Crédit de 300 € par implant limité à 5 implants par année civile
Orthodontie	275 % BR	+150 % BR	+250 % BR

- (1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
 (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
 (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

				Prestations surcomplémentaires au régime de base		
				Base	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	
Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)					Option 1	Option 2
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾						
Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾				RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾				RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
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	Néant	Néant
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	Néant	Néant
Équipements libres ⁽³⁾						
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾				80 €	+ 20 €	+ 20 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾				Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, 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	Néant	Néant
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	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B				100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)				100 % BR	Néant	Néant

	Base	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 80 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 80 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400 € par année civile	Crédit de 400 € par année civile	Crédit de 500 € par année civile

(1) Équipements 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.

(2) 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 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 paraneoplasique ;
- 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.

(3) Équipements 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 « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus) / Adulte et enfant		
			Base	Option 1	Option 2
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	95 €	+ 60 €	+ 65 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	95 €	+ 60 €	+ 80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95 €	+ 60 €	+ 65 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	95 €	+ 60 €	+ 65 €
		SPH > 0 et s > + 6	95 €	+ 60 €	+ 80 €
	Sphéro cylindriques	SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	95 €	+ 60 €	+ 80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	115 €	+ 80 €	+ 100 €
		SPH de - 4 à + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
Progressifs et multifocaux	Sphéro cylindriques	SPH > 0 et s ≤ + 8	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH > 0 et s > + 8	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	135 €	+ 100 €	+ 120 €
	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	135 €	+ 100 €	+ 120 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	+ 100 €	+ 120 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Base		Prestations surcomplémentaires au régime de base	
	Prestations y compris prestations Sécurité sociale	Option 1	Option 2	
Cure thermique remboursée Sécurité sociale				
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	Néant	Néant	
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 150 €	Forfait de 150 €	Forfait de 200 €	
Forfait maternité				
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 150 €	Forfait de 150 €	Forfait de 300 €	

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.