

### Au 1er janvier 2024

Les niveaux d'indemnisation définis dans le tableau ci-dessous s'entendent, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées au titre de la base conventionnelle pour les options 1 et 2).  
Les prestations complémentaires sont servies sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées au titre de la base conventionnelle pour les options 1 et 2).  
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

#### Hospitalisation<sup>(1)</sup>

	Base conventionnelle		OPTION 1		OPTION 2	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
<b>Frais de séjour</b>						
En établissement conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
En établissement non conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
<b>Forfait journalier hospitalier<sup>(2)</sup></b>						
Hospitalier	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Psychiatrique	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
<b>Honoraires - Secteur conventionné*****</b>						
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Autres honoraires remboursés par la Sécurité Sociale	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
<b>Participation forfaitaire actes lourds</b>	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	
<b>Chambre particulière - Secteur conventionné<sup>(3)</sup></b>						
Par nuitée	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
<b>Frais d'accompagnement<sup>(3)</sup></b>	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	

#### Transports

	Base conventionnelle		OPTION 1		OPTION 2	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
<b>Transports remboursés par la Sécurité sociale</b>	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

## Soins courants

	Base conventionnelle		OPTION 1 (Sous déduction de la base conventionnelle)		OPTION 2 (Sous déduction de la base conventionnelle)	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
<b>Honoraires médicaux</b>						
Généralistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Spécialistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, actes médicaux techniques	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100 % BR		100 % BR		150 % BR	
<b>Sages-femmes</b>	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
<b>Médicaments et autre pharmacie</b>						
Médicaments/autre pharmacie remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Traitement anti-tabac prescrit pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	-		-		3 % PMSS	
<b>Matériel médical (hors aide auditive, dentaire et optique)</b>						
Appareillage et prothèses médicales pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		260 % BR	
<b>Participation forfaitaire actes lourds</b>	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	
<b>Cures thermales</b>	100 % BR		100 % BR		10 % PMSS	
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>						
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

### Audiologie - Renouvellement par appareil tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)

	Base conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
<b>Équipement 100 % santé** (Équipement de Classe I****)</b>			
Par bénéficiaire	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Équipement libre (Équipement de Classe II****)	La prise en charge s'effectue dans la limite du plafond de remboursement en vigueur prévu par la réglementation (Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale)		
Par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	100 % BR	100 % BR	100 % BR

## Optique

Remboursement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16<sup>e</sup> anniversaire (hors situation médicale particulière)<sup>(4)</sup>

	Base conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
<b>Équipement 100 % santé** (Classe A)***</b>			
Bénéficiaire de 16 ans et + (monture + 2 verres)	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Bénéficiaire de moins de 16 ans (monture + 2 verres)			
Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente)			
Prestation d'adaptation (verres classe A)			
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)			
<b>Équipement Libre (Classe B)***</b>			
<b>Monture</b>			
Bénéficiaires de 16 ans et +	100 €	100 €	100 €
Bénéficiaires de moins de 16 ans	60 €	80 €	100 €
<b>Verres<sup>(5)</sup> pour les bénéficiaires de 16 ans et +</b>			
Verres simples	75 €	100 €	125 €
Verres complexes	140 €	165 €	200 €
Verres très complexes	160 €	200 €	250 €
<b>Verres<sup>(5)</sup> pour les bénéficiaires de moins de 16 ans</b>			
Verres simples	55 €	65 €	75 €
Verres complexes	100 €	110 €	120 €
Verres très complexes	120 €	130 €	140 €
<b>Prestations supplémentaires ***</b>			
Prestation d'adaptation (verres classe B)	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtre (verres de classe B)	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments <sup>(6)</sup> pour verres de classe A ou B	160 % BR	160 % BR	160 % BR
<b>Lentilles</b>			
Remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 7,5 % PMSS	100 % BR + 10 % PMSS
Non remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS	7,5 % PMSS	10 % PMSS
<b>Chirurgie réfractive</b>	-	-	13 % PMSS par œil

## Dentaire

	Base conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
<b>Soins et prothèses 100 % Santé**</b>	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF
<b>Soins prothétiques et prothèses dentaires à tarifs modérés, remboursées par la Sécurité Sociale</b>			
Inlay-onlay, Inlay core	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse incisive / Canine / 1 <sup>re</sup> prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse 2 <sup>e</sup> prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
<b>Soins prothétiques et prothèses dentaires à tarifs libres, remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Inlay / Onlay, Inlay core	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse incisive / Canine / 1 <sup>re</sup> prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse 2 <sup>e</sup> prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
<b>Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale</b>	226 € / acte	276 € / acte	326 € / acte
<b>Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention</b>	280 % BR	280 % BR	280 % BR
<b>Autres actes dentaires</b>			
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	86 € / acte	86 € / acte	86 € / acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	406 € / semestre	406 € / semestre	406 € / semestre
<b>Implantologie</b>			
Implant dentaire (à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	452 € / implant	617 € / implant	800 € / implant

## Divers

	Base conventionnelle	OPTION 1 (Sous déduction de la base conventionnelle)	OPTION 2 (Sous déduction de la base conventionnelle)
Ostéodensitométrie prescrite et remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prime de naissance	-	-	10 % PMSS / enfant
Diététicien enfant < 12 ans	-	30 € / an	30 € / an
Dépistage ostéoporose entre 45 et 59 ans	-	50 € / an	50 € / an
Médecine préventive (ostéopathe / Etiopathe / Chiropracteur / Psychothérapeute / Acupuncteur)	30 € par séance (max 4 / an)	50 € par séance (max 4 / an)	60 € par séance (max 5 / an)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR = Frais réels

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

HLF = Honoraires Limites de Facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

€ : Euro

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

TTC : Toutes Taxes Comprises

**Sans reste à payer dans la limite des PLV** = RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

**Sans reste à payer dans la limite des HLF** = RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF

- \* **DPTM** = 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 [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.
- \*\* Tels que définis réglementairement : 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 réglementairement 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 maximums fixés.
- \*\*\* Liste A : Equipements respectant les conditions du 100% santé / Liste B Autres équipements que le 100% santé
- \*\*\*\* Liste I : Equipements respectant les conditions du 100% santé ; liste II Autres équipements
- \*\*\*\*\* En secteur non conventionné, indemnisation à 100 % de la BR

- (1) En médecine, maternité, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) 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.
- (3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (4) Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.  
L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'organisme assureur sous réserve du respect des périodicités de renouvellement.  
La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.  
En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.  
Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :
  - pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
  - pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
  - par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.  
Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :
  - pour les enfants de moins de 16 ans, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
  - sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.  
Constitue une évolution de la vue :
  - la variation 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,
  - la 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,
  - la 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,
  - la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
  - la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
  - la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.
- (5) Verres
  - Verre simple
    - verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
    - 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.
  - Verre complexe
    - 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,
    - 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.
  - 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.
- (6) Suppléments pour verres de classe A ou B (prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques)
- (7) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018