

AVENANT N° 4 AU CONTRAT NATIONAL DE REFERENCE DU 23 JANVIER 2012

Réunis en commission paritaire le 12 novembre 2019, les signataires ont décidé de modifier les dispositions du Contrat National de Référence afin de le mettre en conformité avec la réglementation en vigueur concernant le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le décret n° 2019-65 du 31/01/2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé .

ARTICLE 1 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 2-1 ; 2-2 ; 2-5 ; 2-6 DU CONTRAT NATIONAL DE REFERENCE.

Les articles 2-1 ; 2-2 ; 2-5 ; 2-6 sont modifiés comme suit :

Article 2-1 – Détail des garanties :

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation «maladie», «accidents du travail/ maladies professionnelles» et «maternité» ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans les tableaux des garanties visés ci-dessous.

Les garanties «maternité» prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité. L'organisme assureur verse, en cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Il est proposé au choix de l'entreprise la souscription, pour l'ensemble de ses salariés, 4 régimes distincts

- le régime « ESSENTIEL »
- le régime « CONFORT »
- le régime « SUMMUM »
- le régime « OPTIMUM »

LB

se

LB

1 / 50

GARANTIES A EFFET DU : 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la 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 réels engagés.

ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs 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
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- 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
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		100% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		150% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		40 € par jour (*)	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		30 € par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :		100% BR 100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :		100% BR 100% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :		170% BR 150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :		170% BR 150% BR
▶ non remboursés SS			
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethioopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Reflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle... (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS)			Néant
Densitométrie osseuse			Néant
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)			100% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS			100% BR
Médicaments :			
▶ remboursés SS			100% BR
▶ non remboursés SS			
Contraception			Néant
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx			Néant
Pharmacie (hors médicaments) :			
▶ remboursée SS			100% BR
▶ non remboursée SS			Néant
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits			Néant
Sevrage tabagique			Néant
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)			100% BR
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation			100 % de la BR

B

LB

E

J  50

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100% BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	
A COMPTE DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
▶ Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} 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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****):		
▶ Classe II		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

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

(**) 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 (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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 à tarifs maîtrisés (**)		
Inlay, onlay	150% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150% BR dans la limite des HLF	
▶ Panier à tarifs libres (***)		
Inlay, onlay	150% BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	150% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Néant	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Néant	
Orthodontie	50% BR	

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

LD

RB

J

✓

SC

R

LD

(**) 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.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Forfait de 50 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	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	
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 isocroniques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + crédit 4% PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 4% PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant	

(*) 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 concerné de l'équipement optique 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 ;

LB JB

J SN

re

- 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 :

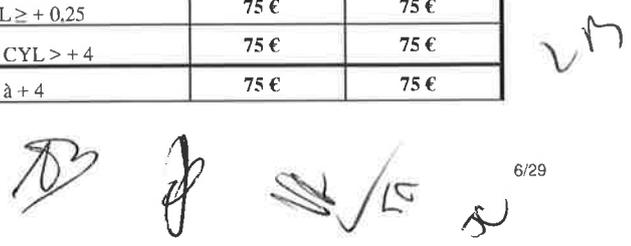
- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	50 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	75 €	



PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à +4	75 €	75 €
		SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	75 €	75 €
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S > +8	75 €	75 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	75 €	75 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	50 € limité à une intervention par année civile

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.

RB

L B *3* *7* *VA* *50*

GARANTIES A EFFET DU : 01/01/2020

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.

ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs 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
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- 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
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		280% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	280% BR 200% BR	
Chambre particulière		65 € par jour (*)	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		50 € par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	150% BR





SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	195% BR 175% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	195% BR 175% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (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 2 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Néant
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		150% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		150% BR
Médicaments :		
▶ remboursés SS		
		100% BR
▶ non remboursés SS		
		Néant
Contraception		Néant
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant
Pharmacie (hors médicaments) :		
▶ remboursée SS		
		100% BR
▶ non remboursée SS		
		Néant
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant
Sevrage tabagique		Néant
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		200% BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100% de la BR

B

x } VA
50

2B

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	350 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
> Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} 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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****):		
> Classe II		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	

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

(**) 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 (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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 à tarifs maîtrisés (**)		
Inlay, onlay	350% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350% BR dans la limite des HLF	
▶ Panier à tarifs libres (***)		
Inlay, onlay	350% BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	150 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 300 € par année civile	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 500 € par année civile	
Orthodontie	250 % BR	

(*) 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.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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 classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Forfait de 100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	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	
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 iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + crédit 10% PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 10% PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	500 € par œil et par année civile	

(*) 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 concerné de l'équipement optique 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 ;

sc B } VA 5n
L13

- 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de -6 à +6 (*)	95 €	95 €
		SPH < -6 ou > +6	95 €	95 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ +4	95 €	95 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	95 €	95 €
		SPH > 0 et S > +6	95 €	95 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	95 €	95 €
		SPH de -6 à 0 et CYL > +4	95 €	95 €

LB

Handwritten marks and signatures at the bottom of the page.

PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de -4 à +4	190 €	190 €
		SPH < -4 ou > +4	190 €	190 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	190 €	190 €
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S > +8	190 €	190 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0.25	190 €	190 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	250 €, limité à une intervention par année civile
Fécondation in vitro	Néant
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20% du PMSS

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.

B

JC J *SA* *50*
LB

GARANTIES A EFFET DU : 01/01/2020

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.

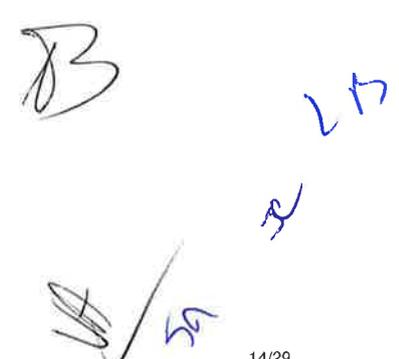
ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs 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
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- 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
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		480% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	480% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		200% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		115 € par jour (*)	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		87 € par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	300% BR



SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 € par acte limité à 3 actes par année civile	
Densitométrie osseuse	Néant	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	300% BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	300% BR	
Médicaments :		
▶ remboursés SS		
100% BR		
▶ non remboursés SS		
Néant		
Contraception	Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx	Néant	
Pharmacie (hors médicaments) :		
▶ remboursée SS		
100% BR		
▶ non remboursée SS		
Néant		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Néant	
Sevrage tabagique	Néant	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	500% BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100% de la BR	

B

LB *HA* / *SN*

AIDES AUDITIVES	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
	CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :	
Aides auditives remboursées SS :	
Aides auditives	500% BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ^(*)	100% BR
A COMPTE DU 01.01.2021 :	
Equipements 100 % Santé ^(**) :	
➤ Classe I	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} 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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	
Equipements libres ^(****) :	
➤ Classe II	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	1700 € ^(***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	1700 € ^(***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ^(*)	100% BR

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

(**) 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 (1700 € RSS inclus au 01.01.2021)**.

DENTAIRE	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
	CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
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 à tarifs maîtrisés ^(**)	
Inlay, onlay	550% BR dans la limite des HLF
Inlay core	125% BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	550% BR dans la limite des HLF
▶ Panier à tarifs libres ^(***)	
Inlay, onlay	550% BR
Inlay core	125% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	550% BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250% BR
Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	400% BR
Actes dentaires non remboursés SS	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 500 € par année civile
Parodontologie	Néant
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 750 € par année civile
Orthodontie	400% BR

(*) 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.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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'appariage 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	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Forfait de 100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	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	
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 iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + crédit 16% PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 16% PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	750 € par œil et par année civile	

(*) 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 concerné de l'équipement optique 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 ;



 JB
 LB
 VA sn
 JC

- 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 « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	160 €	160 €
		SPH < - 6 ou > + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	160 €	160 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €
Sphériques	SPH de - 4 à + 4	260 €	260 €	

PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	260 €	260 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	260 €	260 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S > + 8	260 €	260 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	260 €	260 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	500€, limité à une intervention par année civile
Fécondation in vitro	Néant
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20% du PMSS

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.

B

LN → JFA / Sn

GARANTIES A EFFET DU : 01/01/2020

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.

ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs 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
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- 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
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		480% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM ; Non adhérents DPTM :	480% BR 200% BR	
Chambre particulière		115 € par jour (*)	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		87 € par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	300% BR

JB

2 *10/5/20* *5/2* *LM*

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300 % BR 200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300 % BR 200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300 % BR 200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300 % BR 200 % BR
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		100 € par acte limité à 3 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Néant
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		300 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		300 % BR
Médicaments :		
▶ remboursés SS		
		100 % BR
▶ non remboursés SS		
		Néant
Contraception		Néant
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant
Pharmacie (hors médicaments) :		
▶ remboursée SS		
		100 % BR
▶ non remboursée SS		
		Néant
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant
Sevrage tabagique		Néant
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		500 % BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

JB

JE

LD

A *VA*

50

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	500% BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
▶ Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} 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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****):		
▶ Classe II		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	1700 € (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	1700 € (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

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

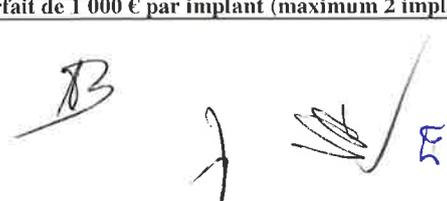
(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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 (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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 à tarifs maîtrisés (**)		
Inlay, onlay	650% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	650% BR dans la limite des HLF	
▶ Panier à tarifs libres (****)		
Inlay, onlay	650% BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	650% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	550% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 600 € par année civile	
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la	Forfait de 1 000 € par implant (maximum 2 implants par an)	


 22
 LB
 SC

pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	
Orthodontie	550% BR

(*) 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.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 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	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Forfait de 100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	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	
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 iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + crédit 25% PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 25% PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	850 € par œil et par année civile	

(*) 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.



 JB J VA 50 23

 LB

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné de l'équipement optique 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.

B

LS

7

LS

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de -6 à +6 (*)	160 €	160 €
		SPH < -6 ou > +6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ +4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > +6	160 €	160 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0.25	160 €	160 €
		SPH de -6 à 0 et CYL > +4	160 €	160 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de -4 à +4	300 €	300 €
		SPH < -4 ou > +4	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	300 €	300 €
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > +8	300 €	300 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0.25	300 €	300 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	500€, limité à une intervention par année civile
Fécondation in vitro	Néant
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20% du PMSS

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.

Article 2-6 – Cotisations



Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime.
 En cas de modifications législatives ou réglementaires, les parties signataires s'engagent à se réunir dans un délai de deux mois, suivant l'entrée en vigueur de celles-ci, afin d'examiner les éventuels impacts sur le présent Contrat National de Référence.
 Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La cotisation du régime «remboursement complémentaire de frais de soins de santé» est mensuelle et forfaitaire.

La cotisation mensuelle, exprimée en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), applicable à compter du 1^{er} janvier 2020, est détaillée dans le tableau ci-dessous :

Formule « ESSENTIEL »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
Structures de cotisation	Tarif	Tarif
Isolé	0,74	0,45
Famille	1,86	1,12
Inactifs – Ancien salarié	0,74	0,45
Inactifs – Adulte	1,07	0,64
Inactifs - Enfant	0,47	0,28

Formule « CONFORT »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
Structures de cotisation	Tarif	Tarif
Isolé	1,60	0,96
Famille	3,77	2,26
Inactifs – Ancien salarié	1,60	0,96
Inactifs – Adulte	2,31	1,39
Inactifs - Enfant	0,76	0,46

Formule	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle
---------	--	---

DB

[Signature]

LD

[Signature]

« SUMMUM »	(en % PMSS)	(en % PMSS)
Structures de cotisation	Tarif	Tarif
Isolé	2,29	1,38
Famille	5,42	3,25
Inactifs – Ancien salarié	2,29	1,38
Inactifs – Adulte	3,31	1,99
Inactifs - Enfant	1,11	0,67

Formule « OPTIMUM »	REGIME GENERAL Cotisation mensuelle (en % PMSS)	REGIME ALSACE MOSELLE Cotisation mensuelle (en % PMSS)
Structures de cotisation	Tarif	Tarif
Isolé	2,96	1,78
Famille	6,98	4,21
Inactifs – Ancien salarié	2,96	1,78
Inactifs – Adulte	4,26	2,56
Inactifs - Enfant	1,30	0,78

Au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum, sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie, sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice. Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction notamment de l'évolution de la législation et des résultats du régime.

Répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié : l'employeur doit, à minima, prendre en charge 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET.

L'ensemble de ces modifications prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Fait à Paris, le

Signataires :

Organisations patronales :

- Syndicat des Négociants et Commissionnaires à l'International – SNCI :

Nom du signataire : PRUGNAUD JP

Po Fabrice BOUCHER

- Union des opérateurs spécialisés à l'international - OSCI :

Nom du signataire : PRUGNAUD JP.

- Fédération des Entreprises Industrielles et Commerciales Internationales de la mécanique et de l'Électronique – FICIME :

Nom du signataire :

- Union Française du Commerce Chimique – 1ère Section – UFCC :

Nom du signataire : Sarah MATTE

- ~~Fédération Française des Syndicats de Courtiers en Marchandises – FFSCM :~~

Nom du signataire : P/O Hugues Pouzin
Macedon

CAI

Organisations syndicales :

- Fédération des Services – CFDT :

Nom du signataire :

Lubovica BOUBEKER

- Fédération Nationale Commerce, Service et Force de Vente – CFTC :

Nom du signataire : J. CHIARONI

- Fédération Nationale de l'Encadrement, du Commerce et des Services – FNECS CGC :

Nom du signataire : Christian BOUCHET

- Fédération des Employés et Cadres – FEC CGT FO :

Nom du signataire :

- Fédération des Personnels du Commerce de la Distribution et des Services – CGT :

Nom du signataire :

Organismes assureurs :

- AG2R Prévoyance :
Philippe DABAT, Directeur général délégué.

- MALAKOFF MEDERIC HUMANIS Prévoyance :

