

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

**Abréviations :**

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

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

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

PLV : Prix limite 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 l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

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

### Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
	Option 1	Option 2
<b>En cas d'hospitalisation médicale , chirurgicale et de maternité</b>		
Frais de séjour	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC) , actes d'anesthésie (ADA) , actes techniques médicaux (ATM) , autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 85 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	Néant
Chambre particulière	+5 € par jour limité à 20 jours par année civile	+ 10 € par jour limité à 20 jours par année civile
<b>Frais d'accompagnement</b>		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	+5 € par jour limité à 20 jours par année civile	+ 10 € par jour limité à 20 jours par année civile

### Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
	Option 1	Option 2
<b>Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Généralistes (Consultations et visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 35 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	+ 35 % BR
		+ 85 % BR
		+ 50 % BR

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
		Option 1	Option 2
Spécialistes (Consultations et visites)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	+ 30 % BR	+ 30 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Pour les médecins non adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 85 % BR

#### Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Prise en charge de 25€ par consultation avec un maximum de 3 prises en charge par année civile	Prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 5 prises en charge par année civile
---	--	---

#### Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ 50 €	+ 100 €
--	--------	---------

### Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
	Option 1	Option 2
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Inlay core	Néant	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	Néant	Néant
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>		
Inlay, onlay	Néant	Néant
Inlay core	+ 50 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 50 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>		
Inlay, onlay	Néant	Néant

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
	Option 1	Option 2
Inlay core	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 50 % BR	+ 150 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>		
Orthodontie	+ 50 % BR	+ 150 % BR
<b>Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires , pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Orthodontie	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier...)	+ Crédit annuel de 100 €	+ Crédit annuel de 200 €

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

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

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

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
	Option 1	Option 2
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	Néant	Néant
Verres de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe A	Néant	Néant
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	Néant	Néant
Verres de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après , en fonction du type de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après , en fonction du type de verres
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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 ou B	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B	Néant	Néant

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)	
	Option 1	Option 2
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	Néant	Néant
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 130 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 130 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ 100 € pour les deux yeux	+ 200 € pour les deux yeux
<b>Autres frais</b>		
Forfait maternité : Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 100 €	+ 200 €

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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

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

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

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

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

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

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; 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.

(3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique des verres de classe B :

Verres	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	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
			Option 1		Option 2	
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 20 €		+ 30 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 31 €		+ 45 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 20 €		+ 30 €	
		SPH > 0 et s ≤ + 6	+ 20 €		+ 30 €	
		SPH > 0 et s > + 6	+ 31 €		+ 45 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	+ 31 €		+ 45 €	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 31 €		+ 45 €	
	Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 31 €		+ 60 €
SPH < à -4 ou > à + 4			+ 50 €		+ 75 €	
Sphéro cylindriques		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 31 €		+ 60 €	
		SPH > 0 et s ≤ + 8	+ 31 €		+ 60 €	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 50 €		+ 75 €	
		SPH > 0 et s > + 8	+ 50 €		+ 75 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	+ 50 €		+ 75 €	

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