

En vigueur au 1^{er} janvier 2023

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée

aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

Hospitalisation	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
Honoraires, Actes de chirurgie, d'anesthésie, OPTAM	150 % BR	190 % BR	200 % BR
Honoraires, Actes de chirurgie, d'anesthésie, NON OPTAM	120 % BR	150 % BR	180 % BR
Forfait hospitalier et psychiatrique	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limitée à 30 jours, hors ambulatoire)	Non couvert	30€/jour	40€/jour
Lit d'accompagnement (pour enfant jusqu'à 12 ans)	Non couvert	30€/jour	40€/jour
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Soins courants	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
Visites, consultations de généralistes OPTAM	120 % BR	130 % BR	130 % BR
Visites, consultations de généralistes non OPTAM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Visites, consultations de spécialistes OPTAM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Visites, consultations de spécialistes non OPTAM	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie OPTAM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie non OPTAM	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux OPTAM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux non OPTAM	120 % BR	130 % BR	180 % BR

Pharmacie	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
Médicaments à service médical rendu (SMR) "majeur" ou "important, "modéré", "faible"	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Optique	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
---------	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Équipement 100 % Santé (équipement de classe A)

Équipement de classe A (monture+verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de refraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres

RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV

Équipement libres / Réseau partenaire

Équipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €
Équipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €
Équipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	230 €	240 €	320 €

Équipement libre / Hors réseau

Équipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €
Équipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €
Équipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	170 €	170 €	180 €

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B

100 % BR dans la limite des PLV

100 % BR dans la limite des PLV

100 % BR dans la limite des PLV

Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)

100 % BR

100 % BR

100 % BR

Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale ou jetables

BR + 70 €/ an

BR + 150 €/ an

BR + 200 €/ an

Dentaire	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
----------	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Soins

Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
-----------------	----------	----------	----------

Soins et prothèses dentaires 100 % Santé

Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale

RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF

Prothèses

Panier maîtrisé

Inlay-Onlay	160 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF
Soins et Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	175 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	270 % BR dans la limite des HLF

Panier libre			
Inlay-Onlay	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	175 % BR	200 % BR	270 % BR
Autres actes dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	160 % BR	200 % BR	270 % BR

Aide auditive	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
Équipement 100 % Santé (équipement de classe I)	Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans		
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF		
Équipement libre (équipement de classe II)	Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable		
Aides auditives prise en charge par la Sécurité sociale	130 % BR	160 % BR	220 % BR
Piles remboursées par la Sécurité sociale			
Piles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Prévention et médecines douces	Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3
Orthopédie et autres prothèses prise en charge par la Sécurité sociale	130 % BR	160 % BR	220 % BR
Ostéopathie	25€/an limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Ergothérapeutes et psychomotriciens (pour les enfants tels que définis dans les conditions générales)	50 € / séance limité à 3 séances/ an		
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	Oui	Oui	Oui

Les équipements 100 % Santé et les prestations supplémentaires y afférentes sont ceux définis réglementairement
 Les équipements libre ou relevant du panier maîtrisé sont tels que définis réglementairement

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 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 (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.