

# Résumé de garanties

## Régime de base obligatoire

### Convention collective nationale de la Charcuterie de détail

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

**Abréviations :**

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

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

€ : Euro

**FR** : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

**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 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
<b>En cas d'hospitalisation médicale , chirurgicale et de maternité</b>	
Frais de séjour	250 % 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	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	250 % BR
Chambre particulière	80 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30 € par jour

## Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR

## Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
<b>Honoraires médicaux</b>	
<b>Remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Généralistes (Consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) , actes techniques médicaux (ATM)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) , actes d'échographie (ADE)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	170 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % BR
<b>Non remboursés par la Sécurité sociale</b>	
Acupuncture , chiropractie , ostéopathie , phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	60 € par acte limité à 4 actes par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	150 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	150 % BR
<b>Médicaments</b>	
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Non remboursés Sécurité sociale	
Contraception prescrite	Crédit de 90 € par année civile

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	
<b>Pharmacie (hors médicament)</b>		
Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	
Non remboursée Sécurité sociale		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % des FR sur présentation de la facture de prescription	
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	RSS + Crédit de 600 € par année civile par bénéficiaire (au minimum 100 % BR)	
<b>Actes de prévention remboursés Sécurité sociale</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	

## Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	
<b>Jusqu'au 31/12/2020</b>		
<b>Aides auditives remboursées Sécurité sociale</b>		
Aides auditives	Crédit de 1 500 € par année civile par bénéficiaire avec un minimum de 100 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % BR	
<b>À compter du 01/01/2021</b>		
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup></b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	
- Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>		
<b>Équipements libres <sup>(4)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(3)</sup>	1 700 € <sup>(3)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>	1 700 € <sup>(3)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % BR	

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

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

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

## Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>	
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	
<b>Prothèses</b>	
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>	
- Inlay , onlay	400 % BR dans la limite des HLF
- Inlay core	330 % BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>	
- Inlay , onlay	400 % BR
- Inlay core	330 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % BR
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>	
Orthodontie	300 % 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	400 % BR
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier...)	Crédit de 1 200 € par année civile
Orthodontie	300 % BR

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

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

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

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	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) <sup>(2)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale , dans la limite des PLV	
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	
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	100 €	
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	
<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	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	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 160 € par année civile	
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par année civile	
Chirurgie réfractive (myopie , hypermétropie , astigmatisme , presbytie)	Crédit de 2 000 € par année civile	

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.  
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part , et d'une monture d'autre part , appartenant à des classes (A ou B) différentes .

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale , et rappelées ci-après :
  - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus , le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement .
  - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans , le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement .
  - Pour les enfants jusqu'à 6 ans , le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur . Dans les autres cas , le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique .

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

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

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

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

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

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

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; 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 « verres de classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	90 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	90 €
		SPH > 0 et s > + 6	150 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €
		SPH de - 4 à + 4	180 €
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	250 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	180 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	180 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €
Sphéro cylindriques	SPH > 0 et s > + 8	250 €	
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	

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

## Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
<b>Cure thermique remboursée Sécurité sociale</b>	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 350 €
Fécondation in vitro	Crédit de 250 € par année civile

## Fonds de prévention santé / Fonds d'action sociale

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
	Conventionné / Non conventionné
<b>Fonds de prévention santé<sup>(1)</sup></b>	
Actions de prévention	- Prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) , - Campagne de sensibilisation aux troubles musculo-squelettiques (TMS) en CFA : séances de prévention dans tous les CFA de France auprès des apprentis charcutiers traiteurs et leurs professeurs .
Prévention de la pénibilité	Etat des lieux des facteurs de pénibilité et établissement du référentiel unique de branche

### Fonds d'action sociale (= fonds de secours)<sup>(2)</sup>

Panorama des aides exceptionnelles pouvant être accordées aux salariés suite à des difficultés liées à des dépenses de santé :

- Reste à charge important sur des soins de santé ,
- Participation à l'acquisition des équipements spécifiques ou personnes handicapées ou invalides ,
- Aides aux frais de déplacement occasionnés par l'hospitalisation d'un proche ,
- Autres dépenses liées aux soins de santé .

Examen de tous les dossiers par la Commission paritaire nationale .

(1) Le Le fonds de prévention santé est abondé par prélèvement sur le solde positif du compte du régime de remboursement de frais de santé de la convention collective nationale de charcuterie de détail . Les actions de prévention sont financées dans la limite du solde créditeur des fonds de prévention santé .

(2) Le Le fonds de secours (fonds d'action sociale) est abondé par prélèvement sur le solde positif du compte du régime de remboursement de frais de santé de la convention collective nationale de la charcuterie de détail . Les aides à caractère exceptionnel sont financées dans la limite du solde créditeur des fonds de secours .

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.

# Résumé de garanties

Régime surcomplémentaire : Option 1 (ART'VIE+) – Option 2 (ART'VISSIMO)  
Convention collective nationale de la Charcuterie de détail

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime complémentaire de base dit « régime de base », dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

## Abréviations :

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

**CCAM** : Classification Commune des Actes médicaux

**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

## Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1 : ART'VIE+	Option 2 : ART'VISSIMO
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>		
Frais de séjour	+ 50 % BR	+ 85 % BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 50 % BR	+ 85 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	Néant	Néant
Chambre particulière	+ 20 € par jour	+ 25 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	+ 10 € par jour	+ 15 € par jour



## Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1 : ART'VIE+	Option 2 : ART'VISSIMO
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Généralistes (Consultations et visites)		
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 85 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	Néant	Néant
Spécialistes (Consultations et visites)		
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	+ 35 % BR	+ 85 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	Néant	Néant
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	Néant	Néant
<b>Non remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+ 10 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 20 € par acte limité à 4 actes par année civile

## Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1 : ART'VIE+	Option 2 : ART'VISSIMO
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier maîtrisé <sup>(1)</sup></b>		
- Inlay , onlay	+ 75 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 125 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>
- Inlay core	+ 75 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 125 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 90 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>	+ 120 % BR dans la limite des HLF <sup>(2)</sup>
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>		
- Inlay , onlay	+ 75 % BR	+ 125 % BR
- Inlay core	+ 75 % BR	+ 125 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 90 % BR	+ 120 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>		
Orthodontie	+ 50 % BR	+ 100 % 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	+ 90 % BR	+ 120 % BR
Parodontologie	+ Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 250 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier...)	+ Crédit de 150 € par année civile	+ Crédit de 300 € par année civile
Orthodontie	+ 50 % BR	+ 100 % BR

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

(2) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale , par le régime complémentaire de base dit « régime de base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire) .

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

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1 : ART'VIE+	Option 2 : ART'VISSIMO
<b>Équipements libres <sup>(1)</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>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 50 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 50 € par année civile	+ Crédit de 150 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 300 € par année civile

(1) 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.

(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.

Grille optique « verres de classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre(**)	
			Option 1 : ART'VIE+	Option 2 : ART'VISSIMO
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 25 €	+ 60 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 30 €	+ 80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 25 €	+ 60 €
		SPH > 0 et s ≤ + 6	+ 25 €	+ 60 €
		SPH > 0 et s > + 6	+ 30 €	+ 80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	+ 30 €	+ 80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 30 €	+ 60 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 30 €	+ 80 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 30 €	+ 60 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 30 €	+ 80 €
		SPH > 0 et s ≤ + 8	+ 30 €	+ 80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 30 €	+ 60 €
		SPH > 0 et s > + 8	+ 30 €	+ 60 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	+ 30 €	+ 60 €

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

(\*) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base dit « régime de base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Option 1 : ART'VIE+	Option 2 : ART'VISSIMO
<b>Cure thermique remboursée Sécurité sociale</b>		
Frais de voyage et hébergement	+ 50 € limité à une intervention par année civile	+ 50 € limité à une intervention par année civile
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 100 €	+ 200 €
Fécondation in vitro	+ 200 € par année civile	+ 300 € par année civile