

# 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