

Au 01/01/2025

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **en complément** du régime de base (niveau 1) 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.

CCAM : classification commune des actes médicaux.

DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :

- 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).

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Conventionné	Non conventionné	
Hospitalisation (en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité)			
Frais de séjour	100 % BR	Néant	
Forfait patient urgences (FPU)	Néant		
Forfait journalier hospitalier	Néant		
Forfait actes dits « lourds »	Néant		
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM	100 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	Néant	Néant
Chambre particulière	0,5 % PMSS / jour		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (sur présentation d'un justificatif)	Néant		
Transport			
Transport remboursé Sécurité sociale	Néant		
Soins courants			
Honoraires médicaux remboursés Sécurité sociale			
Généralistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	40 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	40 % BR	40 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	30 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	30 % BR	30 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	30 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	30 % BR	30 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	40 % BR	Néant
	Non adhérents DPTM	40 % BR	40 % BR
Honoraires médicaux non remboursés Sécurité sociale			
Chiropraxie, diététique, ostéopathie, pédicurie, podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € / séance dans la limite de 3 séances / année civile / bénéficiaire, pour l'ensemble des spécialités		

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	90 % BR	
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	90 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	90 % BR	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments		
Remboursés Sécurité sociale	Néant	
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée Sécurité sociale	Néant	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		
Petit appareillage	55 % BR	
Grand appareillage	55 % BR	
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	
Aides auditives⁽³⁾		
Équipements 100 % Santé⁽²⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	Néant	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	Néant	
Équipements libres⁽⁴⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	340 € / oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus ⁽⁴⁾	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	Néant	
Piles et autres consommables et accessoires remboursés Sécurité sociale⁽¹⁾	Néant	

(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 régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾		
Inlay core		Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		Néant
Prothèses		
Panier maîtrisé ⁽²⁾		
Inlay, onlay		100 % BR dans la limite des HLF
Inlay core		105 % BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		105 % BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾		
Inlay, onlay		100 % BR
Inlay core		105 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		105 % BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention		100 % BR
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale		
Orthodontie remboursée Sécurité sociale		75 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)		Crédit de 300 € / année civile / bénéficiaire
<small>(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.</small>		
<small>(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.</small>		
<small>(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.</small>		
Optique		
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾		Néant
Verres de classe A : - Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾		
- Enfant - 16 ans ⁽²⁾		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		Néant
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)		Néant
Équipements libres ⁽³⁾		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾		Néant
Verres de classe B : - Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾		Montants indiqués dans la « Grille optique » ci-après, en fonction du type de verres
- Enfant - 16 ans ⁽²⁾		
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		Néant
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		Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B		Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)		Néant

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 50 € / année civile / bénéficiaire	
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 50 € / année civile / bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 150 € / œil / année civile / bénéficiaire	

(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. 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. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(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 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. 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. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B ;
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

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 plus	Enfant -16 ans
Unifocaux				
	Sphériques	SPH de - 6 à +6 *	30 €	25 €
		SPH < à -6 ou > à +6	50 €	45 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ +4	30 €	25 €
		SPH > 0 et S ≤ +6	30 €	25 €
		SPH > 0 et S > +6	50 €	45 €
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	50 €	45 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > +4	50 €	45 €
Progressifs et multifocaux				
	Sphériques	SPH de - 4 à +4	50 €	45 €
		SPH < à -4 ou > à +4	130 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	50 €	45 €
		SPH > 0 et S ≤ +8	50 €	45 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > +4	130 €	100 €
		SPH > 0 et S > +8	130 €	100 €
		SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	130 €	100 €

* Le verre neutre est compris dans cette classe.

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Autres frais		
Télésurveillance médicale remboursée Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L.162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)		Néant