

**ANNEXE CONDITIONS PARTICULIERES**

(V.07/2022)

**REGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTE****RÉSUMÉ DES GARANTIES – SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF**

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

**ABREVIATIONS :**

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement  
 CCAM : Classification commune des actes médicaux  
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO  
     OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
     OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique  
 € : Euro  
 HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>NATURE DES FRAIS</b>	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION</b>	
	<b>CONVENTIONNE</b>	<b>NON CONVENTIONNE</b>
<b>Honoraires médicaux :</b>		
<b>► remboursés SS</b>		
Généralistes (Consultations et visites y compris téléconsultation)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 41 % BR + 21 % BR
Spécialistes (Consultations et visites y compris téléconsultation)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	Néant + 21 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	Néant + 11 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 31 % BR + 40 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		+ 60 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		+ 60 % BR

## DENTAIRE

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Prothèses</b>		
<b>► Panier maitrisé (*)</b>		
Inlay, onlay	<b>+ 15 % BR dans la limite des HLF (**)</b>	
Inlay core	<b>Néant</b>	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	<b>+ 20 % BR dans la limite des HLF (**)</b>	
<b>► Panier libre (***)</b>		
Inlay, onlay	<b>+ 15 % BR</b>	
Inlay core	<b>Néant</b>	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	<b>+ 20 % BR</b>	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	<b>+ 90 % BR</b>	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	<b>+ 20 % BR</b>	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	<b>+ Crédit de 21,50 € par année civile</b>	

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.

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

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

## OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Equipements libres (*) :</b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	<b>Néant</b>	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	<b>+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres</b>	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	<b>+ Crédit de 68 € par année civile</b>	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	<b>+ Crédit de 68 € par année civile</b>	

(\*) Equipements 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.

(\*\*) 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 UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
<b>UNIFOCALUX</b>	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 41 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 40 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 41 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 41 €	
		SPH > 0 et S > + 6	+ 40 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 40 €	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 40 €	
<b>PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 40 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 30 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 40 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 40 €	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 30 €	
		SPH > 0 et S > + 8	+ 30 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 30 €	

(\*) 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 dit de Base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).