



Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. Les niveaux d'indemnisation des options viennent s'ajouter aux garanties du régime de Base.

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

	Base	Option 1	Option 2
<b>HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES</b>			
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité <sup>(1)</sup></b>			
Frais de séjour	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Forfait journalier hospitalier dans la limite de la réglementation en vigueur	100 % FJH	-	-
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Actes techniques médicaux (ATM), Autres honoraires Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	170 % BR	+ 50 % BR	+ 130 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Chambre particulière	30 € par jour	+ 10 € par jour	+ 30 € par jour
<b>Transport remboursé SS</b>			
Transport	100 % BR	-	-
<b>Actes médicaux</b>			
Généralistes (Consultation et visite) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR
Spécialistes (Consultation et visite) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 30 % BR	+ 60 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 10 % BR	+ 40 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 30 % BR	+ 60 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(2)</sup>	100 % BR	+ 10 % BR	+ 40 % BR
Autres auxiliaires médicaux	100 % BR	+ 20 % BR	+ 50 % BR
Analyses	100 % BR	+ 20 % BR	+ 50 % BR
<b>Pharmacie remboursée SS</b>			
Pharmacie	100 % BR	-	-
<b>Appareillage remboursé SS</b>			
Prothèses auditives	100% BR	+ 150 € par oreille par année civile	+ 300 €, par oreille par année civile
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	-	-
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Dentaire remboursé SS</b>			
Soins dentaires	100 % BR	+ 25 % BR	+ 100 % BR
Inlays simples et onlays	125 % BR	-	+ 75 % BR
Prothèses dentaires	250 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Inlay core et inlay core à clavettes	250 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Orthodontie	150 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR
<b>Dentaire non remboursé SS</b>			
Prothèses dentaires non remboursées par la SS <sup>(3)</sup>	-	150 % BR	+ 250 % BR

	Base	Option 1	Option 2
<b>OPTIQUE <sup>(4)</sup></b>			
Monture + verres «simples» (2 verres) <sup>(5)</sup>	RSS + 240 €	+ 60 €	+ 140 €
Monture + verres «complexes» (2 verres) <sup>(5)</sup>	RSS + 280 €	+ 80 €	+ 220 €
Lentilles acceptées par la SS	RSS + 100 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	-	80 € par année civile	150 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	-	200 € par œil par année civile
<b>AUTRES</b>			
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 (Voir liste ci-dessous) <sup>(6)</sup>	100 % BR	-	-
Cure thermique remboursée SS	100 % BR	-	-
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	-	-
Frais de voyage et hébergement	100 % BR	-	-
Médecines hors nomenclature, Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	23 € par acte limité à 1 acte par année civile	+ 23 € par acte limité à 1 acte par année civile	+ 7 € pour le 1 <sup>er</sup> acte + 30 € par acte limité à 2 actes par année civile

(1) CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

(2) DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée :

- Contrat d'accès aux soins (CAS),
- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée),
- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaire : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(5) Dans la limite de 150 euros si l'équipement ne comprend que le remplacement des montures. La liste des types de verres est détaillée dans la notice d'information.

(6) La liste prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations de prévention suivantes :

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - a) Audiométrie tonale ou vocale
  - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie
  - c) Audiométrie vocale dans le bruit
  - d) Audiométrie tonale et vocale
  - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
  - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
  - d) BCG : avant 6 ans ;
  - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
  - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Lexique :

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

FJH : Forfait journalier hospitalier

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement Sécurité sociale