

POSTES	CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	400 % de la BR
Forfait hospitalier engagé	100 % du forfait réglementaire en vigueur sans limitation de durée
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	420 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	200 % de la BR
Chambre particulière	70 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation de justificatif)	40 € par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale	
Transport	100 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes, Spécialistes (consultations et visites)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	200 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	220 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses	100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive	Crédit de 500 € par œil, par année civile et par bénéficiaire
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Pharmacie	100 % de la BR
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale	
Soins dentaires	125 % de la BR
Inlay simple, onlay	195 % de la BR + crédit de 200 € par année civile et par bénéficiaire
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlay à clavettes)	195 % de la BR + crédit de 200 € par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie	195 % de la BR + crédit de 300 € par semestre et par bénéficiaire
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires ⁽²⁾ , parodontologie, implants dentaires (pose des piliers + implant) ⁽³⁾	Crédit de 400 € par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie	Crédit de 500 € par semestre et par bénéficiaire
Appareillages remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % de la BR + crédit de 600 € par année civile
Orthopédie et autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs)	100 % de la BR + crédit de 150 € par année civile
Optique: sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement d'un 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 ⁽⁴⁾	
Monture + verres	RSS + forfait de 440 € par bénéficiaire ⁽⁵⁾
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives, par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables	Crédit de 312 € sur 2 années civiles consécutives, par bénéficiaire
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	150 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	150 % de la BR

POSTES

CONVENTIONNÉ / NON CONVENTIONNÉ

Maternité / Adoption

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré Forfait de 400 € (limité à un paiement par enfant déclaré)

Médecines hors nomenclature

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie ⁽⁶⁾ 40 € par acte, limité à 3 actes par année civile

Actes de prévention

Voir liste ci-après 100 % de la BR

Prise en charge de l'abonnement à un club sportif dans la limite d'un forfait annuel ⁽⁷⁾ 60 € par année civile

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

RSS = remboursement Sécurité sociale.

TM = ticket modérateur.

(1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

(2) Actes pris en charge dans ce poste: couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel), prothèses supra implantaires (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171), bridges (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) ainsi que 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 tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implants dentaires non remboursés comprend la pose des piliers + implants à l'exclusion des autres annexes (scanner, couronne).

(4) 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 période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

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. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(5) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

(6) Si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée.

(7) Abonnement à un club sportif relevant d'une fédération agréée par le ministère de la Jeunesse et des sports et exclusivement réservé au personnel relevant de la Convention collective nationale du Commerce des articles de sports et équipements de loisirs.

ACTES DE PRÉVENTION PRIS EN CHARGE

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectuée en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 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 :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010),
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015),
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012),
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite et ce quel que soit l'âge,
 - coqueluche, avant 14 ans,
 - hépatite B, avant 14 ans,
 - BCG, avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant une enfant,
 - haemophilus influenzae B,
 - vaccination contre les affections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.