

RÉGIME DE BASE

Poste	Base	
	Conv.	Non conv.
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR
Forfait hospitalier engagé	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Autres honoraires Médecins adhérent au DPTM Médecins non adhérent au DPTM	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR
Chambre particulière	-	-
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	-	-
Transport remboursé SS		
Transport	100 % BR	
Actes médicaux		
Généraliste (Consultation et visite)	100 % BR	
Spécialiste (Consultation et visite) Médecins adhérent au DPTM Médecins non adhérent au DPTM	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM) Médecins adhérent au DPTM Médecins non adhérent au DPTM	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE) Médecins adhérent au DPTM Médecins non adhérent au DPTM	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR
Auxiliaires médicaux et analyses	100 % BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie	100 % BR	
Appareillage remboursé SS		
Prothèses auditives	100 % BR	
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	
DENTAIRE		
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires	100 % BR	
Inlay simple et onlay	125 % BR	
Prothèses dentaires : Incisives, canines, prémolaires	125 % BR	
Prothèses dentaires : Molaires	125 % BR	
Inlay core et inlay core à clavettes	125 % BR	
Orthodontie	125 % BR	

Poste	Base	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires ⁽²⁾	-	
Implants dentaires ⁽³⁾	-	
Parodontologie	-	
Orthodontie	-	
AUTRES		
Cure thermique remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	-	
Frais de voyage et hébergement	-	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Diététicien, Psychologue	-	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
OPTIQUE		
Monture Adulte ⁽⁴⁾	RSS + 50 €	
Monture enfant	RSS + 50 €	
Verre (montant par verre)	Adulte	Enfant
Verre simple foyer : Sphère de -6 à +6	RSS + 40 €	
Verre simple foyer : Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	RSS + 75 €	
Verre simple foyer : Sphère <-10 ou >+10	RSS + 75 €	
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique : Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	RSS + 40 €	
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique : Cylindre <+4 sphère < -6 ou > +6	RSS + 75 €	
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique : Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	RSS + 75 €	
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique : Cylindre >+4 sphère < -6 ou > +6	RSS + 75 €	
Verre multifocal ou progressif sphérique : Sphère de - 4 à +4	RSS + 80 €	
Verre multifocal ou progressif sphérique : Sphère < -4 ou >+4	RSS + 80 €	
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique : Sphère de - 8 à +8	RSS + 80 €	
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique : Sphère < -8 ou >+8	RSS + 80 €	
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + 30 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	30 € par année civile	

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale • SS = Sécurité sociale • RSS = Remboursement Sécurité sociale • TM = Ticket modérateur
DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : . CAS (contrat d'accès aux soins),

. OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée),

. OPTAM-CO (option pratique tarifaire pour les chirurgiens et les obstétriciens)

(1) Garantie limitée à 3 prothèses dentaires remboursées par la SS (au-delà de 3 prothèses dentaires, le remboursement appliqué est celui du régime de base : 125 % BR)

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes limitativement énumérés dans la notice d'information.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne)

(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 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 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.