

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.

Poste	Base	Option 1	Option 2	Option 3 <sup>(1)</sup>
<b>HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES</b>				
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité <sup>(2)</sup></b>				
Frais de séjour	100 % BR	-	-	-
Forfait journalier hospitalier dans la limite de la réglementation en vigueur (sans limitation de durée)	100 % FJH	-	-	-
Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésies (ADA), Autres honoraires Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 45 % BR	+ 70 % BR	+ 300 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Chambre particulière par jour	2 % PMSS	+ 0,5 % PMSS	+ 1 % PMSS	+ 1,5 % PMSS
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans par jour (sur présentation d'un justificatif)	-	+ 1 % PMSS	+ 2 % PMSS	+ 2,5 % PMSS
<b>Transport remboursé SS</b>				
Transport	100 % BR	-	-	-
<b>Actes médicaux</b>				
Généraliste (Consultation et visite) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 45 % BR	+ 120 % BR	+ 200 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 25 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Spécialiste (Consultation et visite) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	150 % BR	+ 20 % BR	+ 70 % BR	+ 270 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	130 % BR	+ 20 % BR	+ 70 % BR	+ 70 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 70 % BR	+ 120 % BR	+ 300 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) Médecins ayant adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 70 % BR	+ 120 % BR	+ 300 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré au DPTM <sup>(3)</sup>	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Autres auxiliaires médicaux	100 % BR	-	-	-
Analyses	100 % BR	-	-	-
<b>Pharmacie remboursée SS</b>				
Pharmacie	100% BR	-	-	-
<b>Appareillage remboursé SS</b>				
Prothèses auditives	100% BR	-	+ 150% BR	+ 200 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	-	+ 150% BR	+ 200 % BR
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Dentaire remboursé SS</b>				
Soins dentaires	100 % BR	-	-	-
Inlay simple et onlay	100 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS <sup>(4)</sup>	220 % BR limité à 15 % PMSS par an	+ 30 % BR	+ 130 % BR	+ 180 % BR
Inlay core et inlay core à clavettes	125 % BR	+ 30 % BR	+ 130 % BR	+ 180 % BR
Orthodontie acceptée par la SS	125 % BR	+ 25 % BR	+ 175 % BR	+ 275 % BR

Poste	Base	Option 1	Option 2	Option 3 <sup>(1)</sup>
<b>OPTIQUE <sup>(5)</sup></b>				
<b>Monture</b>	RSS + 50 €	+ 30 €	+ 80 €	+ 100 €
<b>Verre <sup>(6)</sup></b>				
<b>Verre simple foyer : Sphère de -6 à +6</b>	RSS + 80 €	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre simple foyer : Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10</b>	RSS + 100 €	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre simple foyer : Sphère &lt;-10 ou &gt;=+10</b>	RSS + 100 €	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique Cylindre &lt;+4 sphère de -6 à +6</b>	RSS + 80€	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique Cylindre &lt;+4 sphère &lt; -6 ou &gt; +6</b>	RSS + 100 €	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique Cylindre &gt;+4 sphère de -6 à +6</b>	RSS + 100 €	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique Cylindre &gt;+4 sphère &lt; -6 ou &gt; +6</b>	RSS + 100 €	+ 30 €	+ 50 €	+ 75 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique Sphère de - 4 à +4</b>	RSS + 120 €	+ 45 €	+ 75 €	+ 90 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique Sphère &lt; -4 ou &gt;+4</b>	RSS + 120 €	+ 45 €	+ 75 €	+ 90 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique Sphère de - 8 à +8</b>	RSS + 120 €	+ 45 €	+ 75 €	+ 90 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique Sphère &lt; -8 ou &gt;+8</b>	RSS + 120 €	+ 45 €	+ 75 €	+ 90 €
<b>Lentilles acceptées par la SS</b>	100 % BR	+ 100 € par année civile	+ 150 € par année civile	+ 200 € par année civile
<b>Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)</b>	-	100 € par année civile	150 € par année civile	200 € par année civile
<b>AUTRES</b>				
<b>Cure thermique remboursée SS</b>				
<b>Frais de traitement et honoraires</b>	-	100% BR	150% BR	200% BR
<b>Frais de voyage et hébergement</b>	-	100 €	200 €	300 €
<b>Acte de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005</b>	100% BR	-	-	-

(1) L'option 3 n'est pas disponible dans le cadre d'une souscription individuelle et facultative.

(2) Conventiionné/Non conventiionné

(3) D.P.T.M. = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, à savoir :

- C.A.S. = Contrat d'Accès aux Soins

- OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

- OPTAM CO= Option Pratique Tarifaire Maîtrisée par les Chirurugiens et les Obstétriciens

(4) En cas d'utilisation global du forfait, une prestation minimum de 125% BR sera versé pour tout autre dossier qui serait présenté.

(5) 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.

(6) La liste des types de verres (codes LPP) est détaillée dans la notice d'information.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale;

SS : Sécurité sociale;

PMSS : Plafond de la Sécurité sociale (valeur 2016 : 3218€)

RSS : Remboursement Sécurité sociale;

TM : Ticket modérateur,

FJH : Forfait journalier hospitalier