

Tableau des garanties

Établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (N°3198)

Régime de base

Vos garanties

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, à savoir :

- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limite de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

€ : Euro

Hospitalisation	
Postes	Niveau d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	
Frais de séjour	100 % de la BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR
Chambre particulière	1, 25 % du PMSS par jour

Transport	
Postes	Niveau d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Soins courants

Postes	Niveau d'indemnisation
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale	
Généralistes (consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR
Spécialistes (consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR
Acte d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicales remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

Aides auditives

Postes	Niveau d'indemnisation
JUSQU'AU 31/12/2020	
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR
À COMPTER DU 01/01/2021	
Équipements 100 % Santé⁽²⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Équipements libres⁽⁴⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % de la BR ⁽³⁾
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % de la BR ⁽³⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR ⁽³⁾

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

Dentaire

Postes	Niveau d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé⁽¹⁾	
Inlay core et autres soins prothétiques et prothèses dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
Prothèses	
Panier maîtrisé⁽²⁾	
- Inlay , onlay	125 % de la BR dans la limite des HLF
- Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none">• Dents du sourire (incisive , canine , prémolaire)• Dents de fonds (molaire)	200 % de la BR dans la limite des HLF 200 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre⁽⁴⁾	
- Inlay , onlay	125 % de la BR
- Inlay core	125 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires <ul style="list-style-type: none">• Dents du sourire (incisive , canine , prémolaire)• Dents de fonds (molaire)	200 % de la BR 200 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	125 % BR

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Dans la limite de 500 € par année civile (au-delà, garantie à 125% BR).

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

Optique

Postes	Niveau d'indemnisation
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾	
Monture de classe A : Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾ Monture de classe A : Enfant de moins de 16 an ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Verres de classe A : Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾ Verres de classe A : Enfant de moins de 16 an ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV
Équipements libres⁽³⁾	
Monture de classe B : Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾	80 €
Monture de classe B : Enfant de moins de 16 an ⁽²⁾	70 €
Verres de classe B : Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾ Verres de classe B : Enfant de moins de 16 an ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 50 € par année civile ⁽⁴⁾

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », 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.

(2) 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'oeil 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'oeil 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.

(3) Équipements 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.

(4) Avec un minimum de 100 % de la BR pour les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale.

Grille optique « verres de classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre Adulte et enfant de 16 ans et plus	Remboursement par verre Enfant de moins de 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	65 €	50 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	80 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €	60 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	75 €	60 €
		SPH > 0 et S > + 6	100 €	80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	90 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	90 €	75 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	80 €	80 €
		SPH < - 4 ou > + 4	100 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	100 €	90 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	100 €	100 €
		SPH > 0 et S > + 8	110 €	110 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	110 €	110 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.