

Tableau des garanties

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

Option 2

Vos garanties

Les prestations viennent en **complément** de la part Sécurité sociale et du régime complémentaire obligatoire.

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

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, à savoir :

- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

HLF : Honoraires limites de facturation 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>).

€ : Euro

Hospitalisation	
Postes	Niveau d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	
Frais de séjour	
- Pour le secteur conventionné	200 % de la BR
- Pour le secteur non conventionné	Néant
Honoraires	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	200 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR
• Pour le secteur non conventionné	Néant
Chambre particulière	3 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans	3 % du PMSS par jour

Soins courants

Postes	Niveau d'indemnisation
Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale	
Spécialistes (consultations et visites)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	120 % 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	70 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	50 % de la BR
Acte d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	70 % de la BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	50 % de la BR
Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale	
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, diététiciens, psychologues et psychomotriciens pour les enfants ⁽¹⁾	25 € par acte limité à 4 actes par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

Aides auditives

Postes	Niveau d'indemnisation
JUSQU'AU 31/12/2020	
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	43 % du PMSS par appareil, limité à 2 appareils par année civile
À COMPTER DU 01/01/2021	
Équipements libres⁽¹⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	1 300 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'à leur 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction ⁽²⁾)	300 €

(1) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

(2) 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).

La somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le régime complémentaire obligatoire (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire) respecte la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Postes	Niveau d'indemnisation
Prothèses	
Panier maîtrisé⁽¹⁾	
- Inlay core	75 % de la BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires ⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none">• Dents du sourire (incisive , canine , prémolaire)• Dents de fonds (molaire)	250 % de la BR dans la limite des HLF 150 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre⁽³⁾	
- Inlay core	75 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires ⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none">• Dents du sourire (incisive , canine , prémolaire)• Dents de fonds (molaire)	250 % de la BR 150 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	225 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier)	Crédit de 25 % du PMSS par année civile
Orthodontie	250 % de la BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement de la Sécurité sociale	Crédit de 10 % du PMSS par année civile

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

La somme des indemnisations versées par la Sécurité sociale et par le régime complémentaire obligatoire (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire) respecte la limite du plafond des Honoraires Limites de Facturation (HLF), fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

(2) Dans la limite de 3 prothèses dentaires par année civile.

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

Optique

Postes	Niveau d'indemnisation
Équipements libres⁽³⁾	
Monture de classe B : Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾	20 €
Monture de classe B : Enfant de moins de 16 an ⁽²⁾	30 €
Verres de classe B : Adulte et enfant de 16 ans et plus ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Verres de classe B : Enfant de moins de 16 an ⁽²⁾	
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 180 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 180 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie , hypermétropie , astigmatisme , presbytie)	Crédit de 25 % du PMSS par année civile

(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 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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.

Grille optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale .

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 (*)	25 €	10 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	40 €	15 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	30 €	10 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	35 €	5 €
		SPH > 0 et S > + 6	60 €	50 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	50 €	35 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	50 €	35 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	100 €	40 €
		SPH < - 4 ou > + 4	110 €	50 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	100 €	50 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	110 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 8	120 €	60 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	120 €	60 €

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

Autres frais

Postes	Niveau d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	100 % de la BR