

📄 Grille des garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2022

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires		
Actes et soins	Médecins signataires DPTM	400 % de la BR
	Médecins non signataires DPTM	200% de la BR
Forfait sur les actes dits «lourds»		100% des Frais réels
Frais de séjour		400% de la BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100% des Frais réels
Chambre particulière (y compris ambulatoire)		50 € / jour (limité à 100 jours par année civile)
Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inscrit au régime (jusqu'à la veille de son 16 ^e anniversaire)		50 € / jour
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes	Médecins signataires DPTM	200% de la BR
	Médecins non signataires DPTM	180 % de la BR
Consultations et visites - Médecins spécialistes	Médecins signataires DPTM	300 % de la BR
	Médecins non signataires DPTM	200% de la BR
Actes d'imagerie	Médecins signataires DPTM	150 % de la BR
	Médecins non signataires DPTM	130 % de la BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie	Médecins signataires DPTM	300 % de la BR
	Médecins non signataires DPTM	200% de la BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux		100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale		100 % de la BR
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu important		100 % de la BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré		100 % de la BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible		50 % de la BR
Contraception prescrite non remboursée par l'AMO		220 € / bénéficiaire / année civile
Matériel médical		
Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)		400 % de la BR
Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)		165€ / bénéficiaire / année civile
Transport sanitaire		100 % de la BR
Forfait sur les actes dits «lourds»		100% des Frais réels

DENTAIRE	
Soins	
Actes et consultations	100 % de la BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	350 % de la BR
Soins et prothèses 100% santé	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	Frais réels dans le respect des HLF
Prothèses hors 100% santé	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	
Panier à honoraires maîtrisés	
inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR dans le respect des HLF
Panier à honoraires libres	
inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR
Actes non remboursés par l'AMO	
Parodontologie	200€ / bénéficiaire / année civile
Prothèses	322,50€ / prothèse
Implant (hors pilier)	650€ / implant
Orthodontie	200 % de la BR reconstituée
OPTIQUE	
Équipement optique	
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).	
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.	
Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.	
Équipements 100% santé	
Classe A	
Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement ⁽²⁾	
- Monture	Frais réels dans la limite des PLV
- Verres (tous types de correction)	Frais réels dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent	Frais réels dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres	Frais réels dans la limite des PLV
Équipements hors 100% santé	
Voir grille optique	
Classe B - Tarifs libres	
Verres et/ou monture ⁽²⁾	
- Monture	100 €
- Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
- Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans	
Supplément pour verres avec filtres	100% de la BR
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% de la BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipetits / verres iséiconiques)	100% de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
- Lentilles remboursées par l'AMO	300 € / bénéficiaire / année civile (au minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO)
- Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO	
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	500 € / œil / bénéficiaire

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1^{er} janvier 2021.

Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des conditions requises)⁽³⁾

Aides auditives classe I et classe II	100% de la BR + 1100 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁴⁾	100% de la BR

Aide auditive à compter du 01/01/2021

Équipement 100% santé

Classe I - Soumis à des prix limités de vente

Équipements tels que définis réglementairement

- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	Frais réels dans la limite des PLV
- Aides auditives au-delà de leur 20 ^e anniversaire	Frais réels dans la limite des PLV

Équipement hors 100% santé

Classe II - Tarifs libres

Équipements tels que définis réglementairement

- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	1 700 €	Par oreille
- Aides auditives au-delà de leur 20 ^e anniversaire	1 500 €	Par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁴⁾	100% de la BR	

CURE THERMALE⁽⁵⁾

Soins, transport, hébergement

Pour les personnes de moins de 16 ans	100% de la BR + 275 € / bénéficiaire / année civile
Pour les personnes de 16 ans et plus	100% de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile

AUTRES ACTES

Actes de prévention définis par la réglementation	100% de la BR
---	---------------

MÉDECINE DOUCE

Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédiacre-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur	60% des Frais réels limités à 50€ / année civile / bénéficiaire
---	---

AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27^e anniversaire tels que définis au régime)

Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue, Pédopsychiatre, Orthoptiste	60% des Frais réels limités à 200€ / année civile / bénéficiaire
---	--

Abréviations :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé

RSS : Remboursement Sécurité Sociale

HLF : Honoraire Limite de facturation

PLV : Prix Limite de Vente

(1) sans limitation de durée (pour le forfait journalier le montant fixé par arrêté ministériel est au 01/01/2018 de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie)

(2) Conditions de renouvellement pour un équipement optique

▪ 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 précédemment 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 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.

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.

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.

(3) Conditions de renouvellement anticipé pour une aide auditive

Un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24

du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

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

(5) Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO

👉 Grille optique

VERRES UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	AVEC/SANS CYLINDRE	SPH = SPHÈRE CYL = CYLINDRE (+) S = SPH + CYL	BASE REMBOURSEMENT MONTANT EN € PAR VERRE (RSS inclus)		CLASSE DE VERRE
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de - de 16 ans	
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	160 €	160 €	Verre simple
		SPH < à - 6 ou > à + 6	300 €	300 €	Verre complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ à + 4	160 €	160 €	Verre simple
		SPH > à 0 et S ≤ à + 6	160 €	160 €	Verre simple
		SPH > à 0 et S > à + 6	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH < à - 6 et CYL ≥ à + 0,25	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH > à 0 et S ≤ à + 8	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH > à 0 et S > à + 8	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH < à - 8 et CYL ≥ à + 0,25	350 €	315 €	Verre très complexe

📌 Cotisation des Actifs au 1^{er} janvier 2022

Régime	Type de cotisation	Cotisations forfaitaires (en % du PMSS)		
		PMSS	Taux	Cotisation
Général	Isolé	3 428 €	0.656 %	22,48 €
	Famille		1.312 %	44,96 €
	Ayant droit non à charge		2.057%	70,51 €

Alsace Moselle	Isolé		0.396 %	13,58 €
	Famille	3 428 €	0.792 %	27,16 €
	Ayant droit non à charge		1.231%	42,20 €

Régime	Type de cotisation	Cotisations en % du salaire TA
Général	Isolé	1.582 %
	Famille	3.164 %

Alsace Moselle	Isolé	0.948 %
	Famille	1.896 %

Pour les actifs, les cotisations « isolé » et « famille » donnent lieu à une participation de 50% par l'employeur.

📌 Cotisation des Maintiens de couverture au 1^{er} janvier 2022

Régime	Catégorie	Type de cotisation	Cotisations 2022		
			Base de calcul	Taux	Cotisation
Général	Invalide	Isolé	3 428 €	1.488 %	51,01 €
		Famille		2.976 %	102,02 €
		Ayant droit non à charge		2,057%	70,51 €
	Suspension de contrat de travail	Isolé		1.984%	68,01 €
		Famille		3.968 %	136,02 €
		Ayant droit non à charge		2.057%	70,51 €
Alsace Moselle	Invalide	Isolé	3 428 €	0.893 %	30,61 €
		Famille		1.786 %	61,22 €
		Ayant droit non à charge		1.231%	42,20 €
	Suspension de contrat de travail	Isolé		1.190 %	40,79 €
		Famille		2.380 %	81,59 €
		Ayant droit non à charge		1.231%	42,20 €

👉 Cotisation des Anciens salariés au 1^{er} janvier 2022

→ Adhésion facultative pour les anciens salariés du régime d'accueil ayant adhéré jusqu'au 30 juin 2017

Régime	Type de cotisation	Cotisation 2022
Général	Isolé	78,59*
	Famille	157,22*
	Ayant droit non à charge	102,77 €
Alsace Moselle	Isolé*	47,21*
	Famille*	94,41*
	Ayant droit non à charge	61,81 €

*Ces montants correspondent à 75% de la cotisation totale, le fonds de financement prenant en charge 25% de celle-ci depuis le 1^{er} juillet 2014.

→ Adhésion facultative pour les anciens salariés du régime d'accueil ayant adhéré à partir du 1^{er} juillet 2017

Régime	Type de cotisation	Adhésion en année 1 en 2022	Adhésion en année 2 en 2022
Général	Isolé	69,85 €	78,59 €*
	Famille	139,77 €	157,22 €*
	Ayant droit non à charge	102,77 €	102,77 €
Alsace Moselle	Isolé	42,00 €	47,21 €*
	Famille	83,92 €	94,41 €*
	Ayant droit non à charge	61,81 €	61,81 €

*Ces montants correspondent à 75% de la cotisation totale, le fonds de financement prenant en charge 25% de celle-ci depuis le 1^{er} juillet 2014.

→ Ayant droit de salarié décédé ayant adhéré jusqu'au 30/06/2017 ou ayant droit d'ancien salarié décédé

Régime	Type de cotisation	Si l'ayant droit bénéficie d'une pension de réversion	Si l'ayant droit ne bénéficie pas d'une pension de réversion
Régime Général	Ayant droit d'ancien salarié décédé	78,59 € *	104,79 €
Régime Local	Ayant droit d'ancien salarié décédé	47,21 € *	62,94 €

* pour l'ayant droit, s'il bénéficie d'une pension de réversion, la cotisation est diminuée de la participation du Fonds de financement.

→ Ayant droit de salarié décédé ayant adhéré du 01/07/2017 au 30/06/2018

Régime	Type de cotisation	Cotisation en année 1 en 2022	Cotisation en année 2 en 2022
Général	Isolé (1 ayant droit)	69,85 €	78,59 €*
	Famille (2 ayant droit ou plus)	139,77 €	157,22 €*
Alsace Moselle	Isolé (1 ayant droit)	42,00 €	47,21 €*
	Famille (2 ayant droit ou plus)	83,92 €	94,41*

*Ces montants correspondent à 75% de la cotisation totale, le fonds de financement prenant en charge 25% de celle-ci depuis le 1^{er} juillet 2014.

→ Ayant droit **à charge** de salarié décédé ayant adhéré à compter du 1^{er} juillet 2018

Régime	Situation du salarié avant son décès	Cotisation forfaitaire en % du PMSS		
		En 1e année suivant le	A compter de la 2e	Au-delà de 62 ans (hors
Général	Salarié + 1 ayant droit à charge	Gratuité	69,85 €	78,59 €*
	Salarié + 2 (ou plus) ayant droit à charge	Gratuité	139,77 €	157,22 €*

Alsace Moselle	Salarié + 1 ayant droit à charge	Gratuité	42,00 €	47,21 €*
	Salarié + 2 (ou plus) ayant droit à charge	Gratuité	83,92 €	94,41 €*

*Ces montants correspondent à 75% de la cotisation totale, le fonds de financement prenant en charge 25% de celle-ci depuis le 1^{er} juillet 2014.

→ Ayant droit **non à charge** de salarié décédé ayant adhéré à compter du 1^{er} juillet 2018

Régime	Type de cotisant	Cotisations forfaitaires en % du PMSS 2022	
		Avant 62 ans	Au-delà de 62 ans
Général	Par ayant droit non à charge	70,51 €	102,77 €
Alsace Moselle	Par ayant droit non à charge	42,20 €	61,81 €