



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

CCN de l'Import-Export

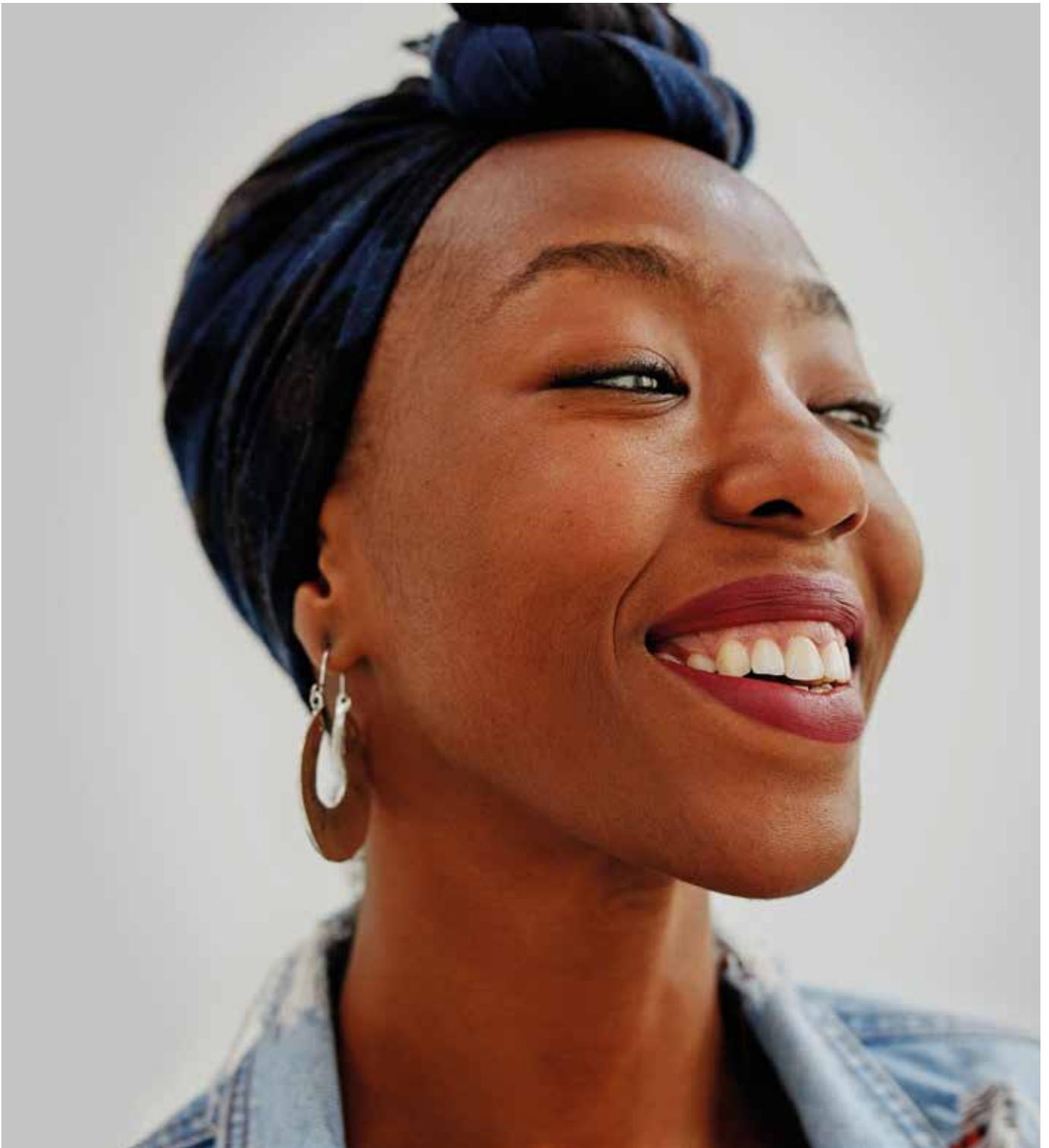


**malakoff
humanis**

Entreprises de commission,
de courtage, de commerce
intra-communautaire et d'importation-
exportation de France métropolitaine (3100)

Votre régime frais de santé

La volonté de préserver l'accès aux soins de santé des salariés a conduit les partenaires sociaux de la Convention collective nationale de l'Import-Export à mettre en place un régime frais de santé au niveau de la branche professionnelle. Adopter l'un des 4 régimes proposés, c'est accéder à un dispositif négocié au plus juste, respectueux de la réglementation et mutualisé au niveau de la Branche. AG2R Prévoyance et Malakoff Humanis Prévoyance sont les organismes co-assureurs de votre régime Frais de santé.



Bénéficiaires

Le régime frais de santé est obligatoire pour les salariés. Toutefois, certains salariés pourront bénéficier, à leur demande, d'une dispense d'affiliation dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires.

Le conjoint et les enfants du salarié bénéficient du même niveau de prestations que le salarié.

Les points forts

- Un accompagnement de chaque entreprise
- Une gestion rapide et sûre
- Des prestations performantes à un tarif négocié au plus juste
- Pas d'avance d'argent pour de nombreuses prestations grâce au tiers payant
- Des remboursements express
- Des services en ligne
- Pas de questionnaire médical
- Des actions de prévention

Tarifs mensuels des différentes formules applicables à partir du 1^{er} janvier 2024

Formule « Essentiel »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	0,74 %	28,61 €	0,45 %	17,39 €
Famille	1,86 %	71,87 €	1,12 %	43,28 €
Inactifs* - Ancien salarié 1 ^{er} année	0,74 %	28,61 €	0,45 %	17,39 €
Inactifs - Adulte (ayant droit)	1,07 %	41,34 €	0,64 %	24,73 €
Inactifs - Enfants (ayant droit)	0,47 %	18,16 €	0,28 %	10,82 €

Formule « Confort »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	1,64 %	63,37 €	0,98 %	37,87 €
Famille	3,86 %	149,15 €	2,32 %	89,64 €
Inactifs* - Ancien salarié 1 ^{er} année	1,64 %	63,37 €	0,98 %	37,87 €
Inactifs - Adulte (ayant droit)	2,37 %	91,58 €	1,42 %	54,87 €
Inactifs - Enfants (ayant droit)	0,78 %	30,14 €	0,47 %	18,16 €

Formule « Summum »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	2,53 %	97,76 €	1,53 %	59,12 €
Famille	6,00 %	231,84 €	3,60 %	139,10 €
Inactifs* - Ancien salarié 1 ^{er} année	2,53 %	97,76 €	1,53 %	59,12 €
Inactifs - Adulte (ayant droit)	3,66 %	141,42 €	2,20 %	85,00 €
Inactifs - Enfants (ayant droit)	1,23 %	47,53 €	0,74 %	28,61 €

Formule « Optimum »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	2,96 %	114,37 €	1,78 %	68,78 €
Famille	6,98 %	269,71 €	4,21 %	162,67 €
Inactifs* - Ancien salarié 1 ^{er} année	2,96 %	114,37 €	1,78 %	68,78 €
Inactifs - Adulte (ayant droit)	4,26 %	161,61 €	2,56 %	98,92 €
Inactifs - Enfants (ayant droit)	1,30 %	50,23 €	0,78 %	30,14 €

PMSS 2024 : 3 864 €.

(*) Cotisation inactifs - Ancien salarié 2^e année : + 25 % et Ancien salarié 3^e année : + 50 % de la cotisation des actifs.



Formule « Essentiel »

Régime « Essentiel »

Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. 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 réels engagés.

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 (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
 €: Euro
 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 limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	170 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	150 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		40 € par jour ⁽¹⁾	
Frais d'accompagnement			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		30 € par jour	
Transport			
Transport remboursé SS		100 % BR	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	
	Non adhérents DPTM	100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	
	Non adhérents DPTM	100 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM	150 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM	150 % BR

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Non remboursés SS		
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethiopatie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie, Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle... (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Néant
Densitométrie osseuse		Néant
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments		
Remboursés SS		100 % BR
Non remboursés SS		Néant
Contraception		Néant
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée SS		100 % BR
Non remboursée SS		Néant
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant
Sevrage tabagique		Néant
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR
Aides auditives		
Jusqu'au 31.12.2020		
Aides auditives remboursées SS		
Aides auditives		100 % BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾		100 % BR
À compter du 01.01.2021		
Équipements 100 % Santé⁽³⁾		
Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	
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)		

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres⁽⁶⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR ⁽⁴⁾	
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)	100 % BR ⁽⁴⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁶⁾		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier à tarifs maîtrisés⁽⁷⁾		
Inlay, onlay	150 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150 % BR dans la limite des HLF	
Panier à tarifs libres⁽⁸⁾		
Inlay, onlay	150 % BR	
Inlay core	125 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	150 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Néant	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Néant	
Orthodontie	50 % BR	
Optique		
Équipements 100 % Santé⁽⁹⁾		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
Équipements libres⁽¹¹⁾		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Forfait de 50 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné

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	100 % BR dans la limite des PLV
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 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 par la SS	100 % BR + crédit 4 % PMSS par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 4 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) 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).
- (5) 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).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) 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.
- (10) 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-I 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 de l'équipement optique 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'œil 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'œil 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.

(11) 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

Grille optique « verres de classe B »

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 +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	50 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	75 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	75 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	75 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 8	75 €	75 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	75 €	75 €

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

Autres frais	
Nature des frais	Niveau d'indemnisation
Cure thermique remboursée SS	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	50 € limité à une intervention par année civile

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Formule « Confort »

Régime « Confort »

Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, 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 (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
 €: Euro
 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 limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		280 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	280 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		65 € par jour ⁽¹⁾	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		50 € par jour	
Transport			
Transport remboursé SS		150 % BR	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Non adhérents DPTM	150 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	195 % BR	
	Non adhérents DPTM	175 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	195 % BR	
	Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM	175 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM	150 % BR

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par acte limité à 2 actes par année civile	
Densitométrie osseuse	Néant	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	150 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	150 % BR	
Médicaments		
Remboursés SS	100 % BR	
Non remboursés SS	Néant	
Contraception	Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx	Néant	
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée SS	100 % BR	
Non remboursée SS	Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Néant	
Sevrage tabagique	Néant	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	200 % BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	
Aides auditives		
Jusqu'au 31.12.2020		
Aides auditives remboursées SS		
Aides auditives	350 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	
À compter du 01.01.2021		
Équipements 100 % Santé⁽³⁾		
Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	
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)		
Équipements libres⁽⁵⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR ⁽⁴⁾	
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)	100 % BR ⁽⁴⁾	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁶⁾		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier à tarifs maîtrisés⁽⁷⁾		
Inlay, onlay	350 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR dans la limite des HLF	
Panier à tarifs libres⁽⁸⁾		
Inlay, onlay	350 % BR	
Inlay core	125 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	150 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 300 € par année civile	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 500 € par année civile	
Orthodontie	250 % BR	
Optique		
Équipements 100 % Santé⁽⁹⁾		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
Équipements libres⁽¹¹⁾		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Forfait de 100 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type 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	100 % BR dans la limite des PLV	
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 B	100 % BR dans la limite des PLV	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
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 par la SS	100 % BR + crédit 10 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 10 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	500 € par œil et par année civile	
Autres frais		
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile	
Fécondation in vitro	Néant	
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20 % du PMSS	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) 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'entend pour chaque oreille indépendamment).
- (5) 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).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) 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.
- (10) 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 de l'équipement optique pour l'application du

délaï. 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 (+) > à 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'œil 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'œil 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.

(11) 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

Grille optique « verres de classe B »

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 +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	95 €	95 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	95 €	95 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95 €	95 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	95 €	95 €
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	95 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	95 €	95 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	95 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190 €	190 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	190 €	190 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	190 €	190 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S > + 8	190 €	190 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	190 €	190 €

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

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Formule «Summum»

Régime « Summum »

Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, 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 (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
 €: Euro
 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 limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		480 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	480 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		115 € par jour ⁽¹⁾	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		87 € par jour	
Transport			
Transport remboursé SS		300 % BR	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM	200 % BR

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 € par acte limité à 3 actes par année civile	
Densitométrie osseuse	Néant	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	300 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	300 % BR	
Médicaments		
Remboursés SS	100 % BR	
Non remboursés SS	Néant	
Contraception	Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx	Néant	
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée SS	100 % BR	
Non remboursée SS	Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Néant	
Sevrage tabagique	Néant	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	500 % BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	
Aides auditives		
Jusqu'au 31.12.2020		
Aides auditives remboursées SS		
Aides auditives	500 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	
À compter du 01.01.2021		
Équipements 100 % Santé⁽³⁾		
Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	
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)		
Équipements libres⁽⁵⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	1 700 € ⁽⁴⁾	
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)	1 700 € ⁽⁴⁾	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁶⁾		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier à tarifs maîtrisés⁽⁷⁾		
Inlay, onlay	550 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	550 % BR dans la limite des HLF	
Panier à tarifs libres⁽⁸⁾		
Inlay, onlay	550 % BR	
Inlay core	125 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	550 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	400 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 500 € par année civile	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 750 € par année civile	
Orthodontie	400 % BR	
Optique		
Équipements 100 % Santé⁽⁹⁾		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
Équipements libres⁽¹¹⁾		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Forfait de 100 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type 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	100 % BR dans la limite des PLV	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
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 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 par la SS	100 % BR + crédit 16 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 16 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	750 € par œil et par année civile	
Autres frais		
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	500 € limité à une intervention par année civile	
Fécondation in vitro	Néant	
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20 % du PMSS	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) 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).
- (5) 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).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) 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.
- (10) 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 de l'équipement optique 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 (+) > à 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'œil 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'œil 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.

(11) 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

Grille optique « verres de classe B »

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 +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	160 €	160 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	260 €	260 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	260 €	260 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	260 €	260 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S > + 8	260 €	260 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	260 €	260 €

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

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Formule «Optimum»

Régime « Optimum »

Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, 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 (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
 €: Euro
 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 limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		480 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	480 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		115 € par jour ⁽¹⁾	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		87 € par jour	
Transport			
Transport remboursé SS		300 % BR	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	300 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	300 % BR	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	100 € par acte limité à 3 actes par année civile	
Densitométrie osseuse	Néant	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	300 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	300 % BR	
Médicaments		
Remboursés SS	100 % BR	
Non remboursés SS	Néant	
Contraception	Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx	Néant	
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursée SS	100 % BR	
Non remboursée SS	Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Néant	
Sevrage tabagique	Néant	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	500 % BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	
Aides auditives		
Jusqu'au 31.12.2020		
Aides auditives remboursées SS		
Aides auditives	500 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	
À compter du 01.01.2021		
Équipements 100 % Santé⁽³⁾		
Classe I		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	
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)		
Équipements libres⁽⁵⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	1 700 € ⁽⁴⁾	
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)	1 700 € ⁽⁴⁾	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽²⁾	100 % BR	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁶⁾		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier à tarifs maîtrisés⁽⁷⁾		
Inlay, onlay	650 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	650 % BR dans la limite des HLF	
Panier à tarifs libres⁽⁸⁾		
Inlay, onlay	650 % BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	650 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	550 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 600 € par année civile	
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Forfait de 1 000 € par implant (maximum 2 implants par an)	
Orthodontie	550 % BR	
Optique		
Équipements 100 % Santé⁽⁹⁾		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
Équipements libres⁽¹¹⁾		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Forfait de 100 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) ⁽¹⁰⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type 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	100 % BR dans la limite des PLV	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
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 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 antiphtosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit 25 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 25 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	850 € par œil et par année civile	
Autres frais		
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	500 € limité à une intervention par année civile	
Fécondation in vitro	Néant	
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20 % du PMSS	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) 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).
- (5) 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).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) 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.
- (10) 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 de l'équipement optique 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 (+) > à 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'œil 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'œil 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.

(11) 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

Grille optique « verres de classe B »

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 +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	160 €	160 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	300 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	300 €	300 €

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

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Étapes de mise en place

Pour l'employeur :

dès connaissance de votre choix de formule, vous recevrez l'ensemble des documents relatifs aux modalités de votre adhésion.

Pour le salarié :

pour être affilié au régime frais de santé, le salarié devra, après avoir reçu ses notices d'information, remettre à son employeur le bulletin d'affiliation et y joindre les pièces justificatives demandées.

Carte

Dès réception des éléments complets, le salarié recevra sa carte tiers payant.



Retrouvez toutes les informations sur notre site :
www.ag2rlamondiale.fr/import-export



Notre offre de solutions

J'entre dans la vie active

Couvrir mes dépenses de santé
Me constituer un capital
Assurer mon logement
Préparer ma retraite

J'achète, je vends

Épargner et investir
Assurer mes biens
Assurer mon animal

Je me protège, moi et mes proches

Étendre ma couverture santé
Se constituer et transmettre un patrimoine
Me protéger en cas d'imprévu
Optimiser ma rémunération

Je crée mon entreprise

Couvrir mes dépenses de santé
Me protéger en cas d'imprévu
Être accompagné dans la gestion de mon entreprise
Épargner pour ma retraite
Choisir mon statut social
Optimiser ma rémunération

Je prépare l'avenir de mon entreprise

Mieux comprendre ma protection sociale
Couverture sociale et avantages des salariés
Permettre à mes salariés d'épargner
Mieux valoriser mon entreprise
Protéger la trésorerie de mon entreprise

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

Je transmets mon entreprise

Préparer la transmission de mon entreprise
Conserver ma protection sociale
Protéger mon patrimoine privé
Analyser mes revenus futurs

Je suis à la retraite

Couvrir mes dépenses de santé
Transmettre un patrimoine ou mon entreprise
Conseil retraite

Et la dépendance ?

En cas de perte d'autonomie
Me loger
Être écouté et conseillé
S'occuper d'un proche dépendant

Nos conseillers sont là
pour échanger avec vous,
vous écouter et vous accompagner
dans vos choix.

www.ag2rlamondiale.fr

AG2R LA MONDIALE
14-16 boulevard Malesherbes
75379 Paris cedex 08

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R -
Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris -
Siren 333 232 270.

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est sis
21 rue Laffitte 75009 Paris - Siren 775 691 181.

Les Institutions ci-dessus dénommées relèvent de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.