

NATURE DES FRAIS	GARANTIE DE BASE		GARANTIE +	
	Remboursement Sécurité sociale inclus (Assiette BR)		Remboursement Sécurité sociale et Garantie de Base incluse (Assiette BR)	
HOSPITALISATION				
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour	100 % BR			
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait en vigueur			
Honoraires				
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	100 % BR	250 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	100% BR	200% BR	
Actes techniques médicaux (ATM), Autres honoraires				
Chambre particulière	40 € / jour (durée maximale 12 jours)			
TRANSPORT				
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR			
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100% BR	180% BR	
	Non adhérents DPTM		160% BR	
Spécialités (Consultations et visites)	Adhérents DPTM		180% BR	
	Non adhérents DPTM		160% BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM		180% BR	
	Non adhérents DPTM		160% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM		180% BR	
	Non adhérents DPTM		160% BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM		180% BR	
	Non adhérents DPTM		160% BR	
Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	180% BR		
	Non adhérents DPTM	160% BR		
Auxiliaires médicaux	100% BR	120%		
Analyses et examens de biologie médicale	100% BR		100% BR	
Médicaments (hors médicaments remboursés à 15%)	100% BR		100% BR	
Pharmacie (hors médicaments)	100% BR		100% BR	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages (hors auditives, dentaires et d'optique)	150%		150%	
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR		100% BR	
Non remboursés par la Sécurité sociale				
Chiropractie, Etiopathie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile		35 € par acte	
Densitométrie osseuse	35 € par acte		35 € par acte	
AUTRES FRAIS				
Forfait maternité	Forfait de 300€			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300€			
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.				

NATURE DES FRAIS

GARANTIE DE BASE
Remboursement Sécurité sociale
inclus (Assiette BR)

GARANTIE +
Remboursement Sécurité sociale et
Garantie de Base incluse (Assiette BR)

AIDES AUDITIVES

À compter du 01.01.2021

Équipements 100 % Santé ⁽²⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire

Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)

RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV⁽³⁾

Équipements libres ⁽⁴⁾

Aides auditives

RSS + 560 € par oreille ⁽³⁾

RSS + 620€ par oreille ⁽³⁾

Piles et autres consommables ou accessoires ⁽¹⁾

100% BR

DENTAIRE

Panier soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁵⁾

Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)

RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF

Panier maîtrisé ⁽⁶⁾

Inlay, onlay

240% BR dans la limite des HLF

320% BR dans la limite des HLF

Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)

Panier libre ⁽⁷⁾

Inlay, onlay

240% BR

320% BR

Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention

100% BR

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie

200% BR

320% BR

OPTIQUE

Équipements 100 % Santé ⁽⁸⁾

Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾

Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾

Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)

Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)

Équipements libres ⁽¹⁰⁾

RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾

Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾

CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)

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 et de classe B

100% BR

Supplément pour verres avec filtres de classe B

Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale

RSS +110 € par année civile (au minimum 100% BR)

RSS +125 € par année civile (au minimum 100% BR)

Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)

110 € par année civile

125 € par année civile

Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)

400 € par oeil

Défaut de visuel				Dans le réseau optique Itelis : 100% FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)		Hors réseau optique Itelis		
				Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre					
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	33 €	26 €	94 €	
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]		58 €	51 €	134 €
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0					
2	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	38 €	31 €	104 €	
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]		68 €	61 €	154 €
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0				
3	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	58 €	51 €	124 €	
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]		78 €	71 €	174 €
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0				
4	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	76 €	70 €	144 €	
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]		96 €	89 €	194 €
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0				
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV et anti lumière bleue nocive Précalibrage	104 €	82 €	165 €	
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4		124 €	102 €	205 €	
	Sphère	< -8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0					
Monture de classe B				60 €				
Monture de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)				100 €				

● Traitements et montants par verre de classe B avec la **Garantie de base**
(Inclus : remboursement Sécurité sociale)

● Traitement supplémentaire et montants par verre de classe B avec l'**Option Garantie +**
(Inclus : remboursement Sécurité sociale + remboursement Garantie de Base + traitements Garantie de base)

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

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)

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

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

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

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

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

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

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

(8) 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.

(9) 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 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.

(10) 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.