

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Lexique

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

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

€ = 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 en vigueur.

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).

	Option 1		Option 2
	Base obligatoire	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Hospitalisation			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	100 % de la BR	+ 150 % de la BR	+ 430 % de la BR
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires Pour les médecins adhérents à un DPTM Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % de la BR 130 % de la BR	+ 220 % de la BR + 70 % de la BR	+ 500 % de la BR + 70 % de la BR
Chambre particulière	1,7 % du PMSS	+ 0,56 % du PMSS	+ 1,55 % du PMSS
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	1 % du PMSS	+ 1,15 % du PMSS	+ 1,15 % du PMSS
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % de la BR	Néant	Néant
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Actes remboursés Sécurité sociale			
Généraliste (Consultation et visite) Pour les médecins adhérents à un DPTM Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR 100 % de la BR	+ 200 % de la BR + 100 % de la BR	+ 400 % de la BR + 100 % de la BR
Spécialiste (Consultation et visite) Pour les médecins adhérents à un DPTM Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR 100 % de la BR	+ 200 % de la BR + 100 % de la BR	+ 400 % de la BR + 100 % de la BR

	Option 1		Option 2
	Base obligatoire	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) Pour les médecins adhérents à un DPTM Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % de la BR 130 % de la BR	+ 150 % de la BR + 70 % de la BR	+ 350 % de la BR + 70 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) Pour les médecins adhérents à un DPTM Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % de la BR 130 % de la BR	+ 150 % de la BR + 70 % de la BR	+ 350 % de la BR + 70 % de la BR
Actes non remboursés Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	20 € / acte (maxi 3 actes par année civile)	Néant	Néant
Densitométrie osseuse	Néant	Néant	Crédit de 200 € par année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux remboursés Sécurité sociale	100 % de la BR	Néant	Néant
Psychologues (actes remboursés SS)	100 % de la BR	Néant	Néant
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % de la BR	Néant	Néant
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Médicaments			
Médicaments remboursés Sécurité sociale	100 % de la BR	Néant	Néant
Contraception prescrite	Crédit de 50 € par année civile	Néant	Néant
Pharmacie (hors médicaments)			
Pharmacie remboursée Sécurité sociale	100 % de la BR	Néant	Néant
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	Crédit de 30 € par année civile	Néant	Néant
Sevrage tabagique	Crédit de 50 € par année civile	Néant	Néant
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaire et optique)	100 % de la BR + Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 700 € par année civile	+ Crédit de 900 € par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	Néant	Néant
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾			
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 ⁽²⁾	Néant	Néant
Aides auditives pour les personnes jusqu'à leur 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)			
Équipements libres ⁽³⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % de la BR + Crédit de 300 € ⁽²⁾	+ 700 €	+ 900 €

	Option 1		Option 2
	Base obligatoire	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Aides auditives pour les personnes jusqu'à leur 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % de la BR + Crédit de 300 € ⁽²⁾ .	Néant	Néant
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % de la BR	Néant	Néant

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

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

(3) Équipement 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).

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	Néant	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽²⁾

Inlay simple, onlay	200 % de la BR dans la limite des HLF	Néant	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF
Inlay core			
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270 % de la BR dans la limite des HLF	+ 80 % de la BR dans la limite des HLF	+ 200 % de la BR dans la limite des HLF

Panier libre ⁽³⁾

Inlay simple, onlay	200 % de la BR	Néant	+ 100 % de la BR
Inlay core			
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270 % de la BR	+ 80 % de la BR	+ 200 % de la BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR	Néant	Néant
--	----------------	-------	-------

Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale

Orthodontie remboursée Sécurité sociale	270 % de la BR	Néant	+ 180 % de la BR
---	----------------	-------	------------------

Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale

Parodontologie	Crédit de 150 € par année civile	Néant	Néant
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	200 € par implant limité à 5 implants par année civile	Néant	Néant
Orthodontie	270 % de la BR	Néant	+ 110 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	Néant	+ 260 % de la BR	+ 380 % de la BR

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

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

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

	Option 1		Option 2
	Base obligatoire	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Optique			
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾			
Équipement de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Équipement de classe A : Enfant – de 16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Équipements libres ⁽³⁾			
Équipement de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (monture + 2 verres) ⁽²⁾	220 € (la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €)	+ 200 €	+ 200 €
Équipement de classe B : Enfant – de 16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾			
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 dans la limite des PLV	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % de la BR	Néant	Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR	Néant	Néant
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	100 % de la BR + Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par année civile	Néant	Néant

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

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. 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. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B ;
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement

de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un

an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'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.

(3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. 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. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B ;
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(4) La prise en charge à « 100 % de la BR » en complément du crédit ne concerne que les lentilles acceptées par la Sécurité sociale.

	Option 1		Option 2
	Base obligatoire	Prestations surcomplémentaires au régime de base	
Autres frais			
Garantie assistance			
Assistance	Incluse	Incluse	Incluse
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % de la BR	Néant	Néant

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.