

Résumé des garanties FRAIS DE SANTÉ à effet du 01/01/2023 Ensemble du personnel

La formule applicable est celle choisie par le salarié sur son bulletin individuel d'affiliation

Remboursement total dans la limite des frais réels y compris de la Sécurité Sociale, sauf pour certains forfaits en euros	Vivacité 1	Vivacité 2		Vivacité 3		Vivacité 4		
		Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (inclus maternité)								
Conventionné - Frais de séjour	100% BR	+25% BR	125% BR	+50% BR	150% BR	+150% BR	250% BR	
Conventionné - Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	+20% BR	120% BR	+70% BR	170% BR	+150% BR	250% BR	
Conventionné - Honoraires médicaux hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	+50% BR	150% BR	+100% BR	200% BR	
Non conventionné – Honoraires	100% TM	-	100% TM	-	100% TM	-	100% TM	
Forfait hospitalier (1)	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	
Forfaits actes lourds	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	
Conventionné - Chambre particulière (y compris maternité)	1,25% PMSS / jour	-	1,25% PMSS / jour	+0,50% PMSS/jour	1,75% PMSS / jour	+0,75% PMSS / jour	2% PMSS / jour	
Conventionné - Lit d'accompagnant	-	-	-	+1,75% PMSS / jour	1,75% PMSS / jour	+2% PMSS / jour	2% PMSS / jour	
Forfait ambulatoire	0,50% PMSS / jour	-	0,50% PMSS / jour	+0,25% PMSS / jour	0,75% PMSS / jour	+0,50% PMSS / jour	1% PMSS / jour	
SOINS COURANTS								
Consultations-visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
Consultations-visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
Consultations-visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	+25% BR	125% BR	+80% BR	180% BR	+150% BR	250% BR	
Consultations-visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	+50% BR	150% BR	+100% BR	200% BR	
Vaccins non remboursés par la SS (crédit annuel)	-	-	-	+ 50€ / an / bénéficiaire	50€ / an / bénéficiaire	+75€ / an / bénéficiaire	75€ / an / bénéficiaire	
Analyses	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
Actes techniques, Petite Chirurgie OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	+40% BR	140% BR	+70% BR	170% BR	
Actes techniques, Petite Chirurgie hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	+20% BR	120% BR	+50% BR	150% BR	
Actes d'échographie OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	+25% BR	125% BR	+70% BR	170% BR	
Actes d'échographie hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	+50% BR	150% BR	
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	25% BR	125% BR	+70% BR	170% BR	
Radiologie hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	+50% BR	150% BR	
Transport accepté par la Sécurité Sociale	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
MEDICAMENTS								
Médicaments à remboursement SS de 30% ou de 65%	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
Médicaments à remboursement SS de 15%	-	+100% BR	100% BR	-	100% BR	-	100% BR	
AIDES AUDITIVES ET ORTHOPEIDIE								
Prothèses diverses et appareillage hors dentaire (Orthopédie et autres)	100% BR	+25% BR	125% BR	+50% BR	150% BR	+150%BR	250% BR	
Véhicules pour handicapé	100% BR	+25% BR	125% BR	+50% BR	150% BR	+150%BR	250% BR	
Aide auditive (2)								
Classe 1 **								
Prothèses auditives (équipement du panier 100% santé)	2020	100 % BR	-	100% BR	-	100% BR	-	100% BR
	A partir de 2021	100% FR (dans la limite du PLV)	-	100% FR (dans la limite du PLV)	-	100% FR (dans la limite du PLV)	-	100% FR (dans la limite du PLV)
Classe 2 **								
Prothèse auditive	100% BR	-	100% BR	+ 500€ / oreille	500€ / oreille	+ 1000€ / oreille	1000€ / oreille	
Autres prestations (frais d'entretien, fournitures et accessoires par an)	100% BR	+20 €	100% BR + 20 €	+ 40 €	100% BR + 40 €	+60 €	100% BR + 60 €	

Remboursement total dans la limite des frais réels y compris de la Sécurité Sociale, sauf pour certains forfaits en euros	Niveau 1	Niveau 2				Niveau 3				Niveau 4				
		Surcomplémentaire facultative		TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative		Surcomplémentaire facultative		Surcomplémentaire facultative		TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative		Surcomplémentaire facultative		
DENTAIRE														
Hors 100% santé														
Soins dentaires hors inlays onlays	100% BR	-	-	100% BR	-	-	100% BR	-	-	100% BR	-	-	100% BR	
Inlays onlays	100% BR	+25% BR	-	125% BR	+50% BR	-	150% BR	+150% BR	-	250% BR	+225% BR	-	350% BR	
Orthodontie acceptée par la SS	125% BR	+75% BR	-	200% BR	+175% BR	-	300% BR	+300% BR	-	500% BR	+500% BR	-	800% BR	
Orthodontie refusée par la SS	-	+150€ / semestre de soins	-	150€ / semestre de soins	+300€ / semestre de soins	-	300€ / semestre de soins	+500€ / semestre de soins	-	500€ / semestre de soins	+500€ / semestre de soins	-	500€ / semestre de soins	
Prothèses non remboursées par la SS limité à 3 dents/an/bénéficiaire	-	+150€ / dent	-	150€ / dent	+300€ / dent	-	300€ / dent	+500€ / dent	-	500€ / dent	+500€ / dent	-	500€ / dent	
Parodontologie limité à 3 dents/an/bénéficiaire	-	-	-	-	+300€ / dent	-	300€ / dent	+500€ / dent	-	500€ / dent	+500€ / dent	-	500€ / dent	
Implantologie limité à 3 dents/an/bénéficiaire	-	-	-	-	+300€ / dent	-	300€ / dent	+500€ / dent	-	500€ / dent	+500€ / dent	-	500€ / dent	
Prothèses dentaires remboursées (3)														
Prothèses du panier 100% Santé	100% FR (dans la limite du PLV)		100% FR (dans la limite du PLV)				100% FR (dans la limite du PLV)				100% FR (dans la limite du PLV)			
Classes **	Panier modéré	Panier libre	Panier modéré	Panier libre	Panier modéré	Panier libre	Panier modéré	Panier libre	Panier modéré	Panier libre	Panier modéré	Panier libre	Panier modéré	Panier libre
	500€ / an / bénéficiaire		+250€ / an / bénéficiaire		750€ / an / bénéficiaire		+500€ / an / bénéficiaire		1 000€ / an / bénéficiaire		+750€ / an / bénéficiaire		1 250€ / an / bénéficiaire	
Prothèses remboursées dents du sourire (4)	200% BR	200% BR	+50% BR	+50% BR	250% BR	250% BR	+150% BR	+150% BR	350% BR	350% BR	+250% BR	+250% BR	450% BR	450% BR
Prothèses remboursées dents du fond de bouche (5)	200% BR	200% BR	-	-	200% BR	200% BR	+100% BR	+100% BR	300% BR	300% BR	+150% BR	+150% BR	350% BR	350% BR
Inlays-cores	125% BR	125% BR	-	-	125% BR	125% BR	+0,25% BR	+0,25% BR	150% BR	150% BR	+75% BR	+75% BR	200% BR	200% BR
OPTIQUE Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la SS notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.														
Paire de verres, monture - Classe A** (6) Équipement du panier 100 % santé	100% FR (dans la limite du PLV)		100% FR (dans la limite du PLV)				100% FR		100% FR (dans la limite du PLV)		100% FR		100% FR (dans la limite du PLV)	
Paire de Verres, Monture – Classe B ** (6)	Voir Grille optique		Voir Grille optique				Voir Grille optique		Voir Grille optique		Voir Grille optique		Voir Grille optique	
Lentilles correctrices (acceptées par la SS, refusées par la SS, Jetables) - Crédit annuel (7)	50€ / an / bénéficiaire		+25€ / an / bénéficiaire		75€ / an / bénéficiaire		+100€ / an / bénéficiaire		150€ / an / bénéficiaire		+200€ / an / bénéficiaire		250€ / an / bénéficiaire	
Chirurgie réfractive	-		-		-		+ 500€ / œil		500€ / œil		+1000€ / œil		1000€ / œil	
FRAIS DE CURES THERMALES (hors thalassothérapie)														
Cures thermales acceptées par la SS	-		-		-		+100€ / an / bénéficiaire		100€ / an / bénéficiaire		+200€ / an / bénéficiaire		200€ / an / bénéficiaire	
BIEN-ETRE / MEDECINE DOUCE (8)														
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels, par bénéficiaire et par an	-		-		-		+25€ par séance Maxi 3 séances		25€ par séance Maxi 3 séances		+50€ par séance Maxi 3 séances		50€ par séance Maxi 3 séances	
MATERNITE														
Forfait naissance ou adoption / par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-		-		-		+100 €		100 €		+150 €		150 €	
ALLOCATION														
Équipement post cancer / an / bénéficiaire	500 €		+250 €		750 €		+500 €		1000 €		+1000 €		1500 €	
ACTES DE PREVENTION (9)														
Tous les actes de préventions référencés par les contrats responsables (voir le site ameli.fr)	100% BR		-		100% BR		-		100% BR		-		100% BR	
Ostéodensitométrie osseuse / an / bénéficiaire	-		-		-		+30 €		30 €		+50 €		50 €	
Patch anti-tabac	-		-		-		+100€ / an / bénéficiaire		100€ / an / bénéficiaire		+200€ / an / bénéficiaire		200€ / an / bénéficiaire	
ASSISTANCE	INCLUDE		INCLUDE				INCLUDE				INCLUDE			



(*) OPTAM/OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée/Option pratique tarifaire maîtrisée-Chirurgie obstétrique) : remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) à compter du 1er janvier 2017. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM-CO.

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) prévues par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM et OPTAM-CO minoré d'un montant au moins égal à 20% du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(**) Les plafonds de remboursement fixés forfaitairement en euros pour l'aide auditive, les prothèses dentaires remboursées et l'optique s'entendent y compris remboursement de la Sécurité Sociale.

(1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé hors établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et hors établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

(2) Prise en charge au minimum de 100% du ticket modérateur. Pour l'année 2020, le remboursement du renouvellement d'un équipement auditif par oreille n'est possible qu'au-delà d'un délai de 2 ans. A compter du 1er janvier 2021, conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de Classe 1 ou, à compter du 1er janvier 2021, à 1700€/oreille pour une aide auditive de Classe 2.

(3) Le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR. Les remboursements du Panier modéré s'entendent dans la limite des prix limites de vente.

(4) Dents du sourire : incisives, canines, premières prémolaires ; soit les dents numéros 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44.

(5) Dents du fond de bouche : il s'agit des dents autres que celles du sourire.

(6) Les grilles optiques prévoient des remboursements « par verre ». Conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai d'1 an pour les assurés de moins de 16 ans , de 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur - et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les assurés âgés de 16 ans et plus est réduite à 1 an en cas de renouvellement complet (verres + montures) justifié médicalement par une évolution de la vue. Le délai d'1 an n'est pas opposable aux assurés de moins de 16 ans en cas de renouvellement des verres justifié médicalement par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

Le remboursement de la monture ne peut excéder 30 € pour le panier 100% santé (Classe A) et 100 € pour le panier à tarifs libres (Classe B).

(7) Au-delà du forfait de remboursement en euros, remboursement du TM.

(8) Liste des praticiens pris en charge : consultations psychologues, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étio-pathie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédicure/podologue, équilibre alimentaire – diététique, séances de psychomotricité.

(9) Liste fixée par l'Arrêté du 8 juin 2006.

Lexique des termes utilisés : BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - SS : Sécurité Sociale - PLV : Prix Limites de Vente

Il est rappelé que le tableau indique les limites de remboursement (minimum et maximum) prévues dans le cadre de la réforme 100% santé et applicables aux garanties contractuelles actuellement en vigueur.

GRILLE OPTIQUE Assuré < 16 ans CLASSE B (6)**

Type de verre		Niveau 1	Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4			
			Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire e facultative	Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative		
SIMPLE	UNIFOCAUX	VU1	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	50 €	-	50 €	-	50 €	+10 €	60 €
		VU2	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	60 €	-	60 €	-	60 €	+10 €	70 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	60 €	-	60 €	-	60 €	+5 €	75 €
COMPLEXE		VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	75 €	-	75 €	-	75 €	+5 €	80 €
		VU5	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries	75 €	-	75 €	+5€	80 €	+15 €	90 €
		VU6	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	75 €	-	75 €	+5€	80 €	+15 €	90 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	80 €	-	80 €	+10€	90 €	+20 €	100 €
TRES COMPLEXE	MULTIFOCAUX	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	80 €	+10 €	90 €	+20€	100 €	+30 €	110 €
		VM2	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	90 €	+10 €	100 €	+20€	110 €	+30 €	120 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	90 €	+10 €	100 €	+20€	110 €	+30 €	120 €
		VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	100 €	+10 €	110 €	+20€	120 €	+30 €	130 €
		VM5	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries	100 €	+10 €	110 €	+20€	120 €	+30 €	130 €
		VM6	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	110 €	+5 €	115 €	+20€	130 €	+30 €	140 €
		VM7	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	110 €	+5 €	115 €	+20€	130 €	+30 €	140 €
Monture		70 €	-	70 €	+5 €	75 €	+30 €	100 €		

GRILLE OPTIQUE Assuré ≥ 16ans CLASSE B (6)**

		Type de verre	Niveau 1	Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		
				Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	Surcomplémentaire facultative	TOTAL Socle obligatoire + Surcomplémentaire facultative	
SIMPLE	UNIFOCAUX	VU1	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	65 €	+5 €	70 €	+15 €	80 €	+25 €	90 €
		VU2	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	70 €	+10 €	80 €	+20 €	90 €	+30 €	100 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	75 €	+10 €	85 €	+15 €	90 €	+25	100 €
VU4		verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	80 €	+5 €	85 €	+20 €	100 €	+20 €	100 €	
VU5		Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries	90 €	-	90 €	+10 €	100 €	+20 €	110 €	
VU6		verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	90 €	+5 €	95 €	+20 €	110 €	+30 €	120 €	
VU7		verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	100 €	+10 €	110 €	+20 €	120 €	+30 €	130 €	
COMPLEXE	MULTIFOCAUX	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	80 €	+30 €	110 €	+60 €	150 €	+95 €	175 €
		VM2	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	100 €	+10 €	110 €	+60 €	160 €	+85 €	185 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	100 €	+30 €	130 €	+60 €	160 €	+85 €	185 €
		VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	100 €	+35 €	135 €	+75 €	175 €	+100 €	200 €
VM5		verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries	100 €	+35 €	135 €	+75 €	175 €	+100 €	200 €	
VM6		verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	110 €	+30 €	140 €	+75 €	185 €	+100 €	210 €	
VM7		verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	110 €	+30 €	140 €	+75 €	185 €	+100 €	210 €	
TRES COMPLEXE		Monture	80 €	+20 €	100 €	+20 €	100 €	+20 €	100 €	



PACK « EQUIPEMENT » hors panier 100% santé

Dentaire : implantologie	+ 400€/dent *3 par an
Dentaire : orthodontie acceptée	+ 50% BR
Dentaire : prothèses remboursées	+ 100% BR
Dentaire : suppression du plafond dentaire en euros	Pas de limitation du plafond dentaire en euros
Optique : verres progressifs	+ 100€ par verre progressif
Appareillage : prothèses diverses et appareillage hors dentaire (orthopédie et autres)*	+ 100% BR*

*Hors prothèses auditives et autres prestations liées à l'aide auditive.



PACK « SOINS ET MATERNITE »

Soins courants : consultations-visites spécialistes OPTAM et OPTAM-CO	+ 25% BR
Soins courants : consultations-visites spécialistes hors OPTAM et OPTAM-CO (dans la limite de 200%BR) Exclusion du Niveau 1 et 4	+ 25% BR
Hospitalisation conventionné : honoraires médicaux OPTAM et OPTAM-CO	+ 25% BR
Hospitalisation conventionné : honoraires médicaux hors OPTAM et OPTAM-CO (dans la limite de 200%BR) Exclusion du Niveau 1 et 4	+ 25% BR
Hospitalisation : Conventionné - Chambre particulière	+ 0,75% PMSS
Maternité : Forfait naissance ou adoption / par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	+ 200€
Fécondation In Vitro	Crédit annuel 200 € / bénéficiaire



PACK « BIEN-ETRE »

Bien être / médecine douce	+ crédit annuel 75€ / bénéficiaire
Médicaments : prescrits et non remboursés SS *	80% Frais réels
Médicaments : Contraception prescrite et non remboursée SS *	100% Frais réels

* Maximum 100€/ an / bénéficiaire pour ces deux postes cumulés

Annexe :

Précisions générales sur la notion de période de prise en charge de l'équipement optique

➤ Conditions de renouvellement :

La garantie proposée par le contrat d'assurance s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture de classe A, B ou mixte dans la limite d'un équipement tous les 2 ans suivant la dernière facturation pour les assurés de 16 ans et plus.

Cette période de deux ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique : date de la dernière facturation de l'équipement optique (verres + monture) ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans : la période de renouvellement est réduite à un an suivant la dernière facturation sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans : la période de renouvellement est réduite à 6 mois 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.

➤ Conditions de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue :

Par dérogation, la période de deux ans qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus est réduite à un an en cas de renouvellement d'un équipement complet (deux verres et une monture) justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D.4362-12-1 du Code de la santé publique.

L'évolution de la vue est caractérisée par 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.

➤ Conditions de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière dans les cas suivants :

- Pour les assurés de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue
- Pour tout assuré quel que soit son âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

Ces périodes sont fixées et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

➤ Hypothèse d'une demande de remboursement en deux temps :

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres + montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque équipement.

➤ Cas particulier du déficit de vision de près et de loin :

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter des verres progressifs ou multifocaux, la garantie optique du contrat d'assurance prévoit une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.