

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- part de la Sécurité sociale comprise

	Part S.S.	Option 1 Base CCN	Option 2 Sup. CCN	Option 3
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	170% BR (150% BR si non OPTAM)	320% BR (200% BR si non OPTAM)	100% FR (200% BR si non OPTAM)
Petite chirurgie et actes de spécialité				
Imagerie médicale				
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux	60%	160% BR	310% BR	
Transport remboursé par la SS	65%	100% BR		200% BR
Analyses et examens de laboratoire	60%	160% BR	310% BR	
<b>Médicaments</b>				
Pharmacie remboursée par la SS	65/30/15%	100% BR		
Vaccins non remboursés par la SS	-	-	-	Tous vaccins : 60€ <sup>(1)</sup>
Contraception sur prescription médicale non remboursée par la SS	-	1,5% PMSS/an/bénéf.	2,5% PMSS/an/bénéf.	
<b>Matériel médical</b>				
Autres appareillages remboursés par la SS	60%	165% BR	315% BR	550% BR
<b>Hospitalisation</b>				
Honoraires signataires OPTAM et OPTAM-CO	80%	100% FR		
Honoraires secteur non signataires OPTAM et OPTAM-CO	80%	200% BR		
Honoraires - Secteur non conventionné	80%	85% FR avec minimum de 100% BR et dans la limite de 200% BR		
Frais de séjour	80%	100% FR		
Chambre particulière <sup>(2)</sup>	-	80€ /jour ou par nuité <sup>(2)</sup>		
Frais accompagnant (enfant de moins de 12 ans) <sup>(2)</sup>	-	80€ /nuité <sup>(2)</sup>		
Forfait actes dits "lourds" <sup>(4)</sup>	-	Forfait pris en charge à 100%		
Forfait journalier hospitalier <sup>(3)</sup>	-	100% FR		
<b>Équipement optique 100% Santé<sup>(5) (6)</sup></b>				
Équipement combinant des verres 100% santé et monture libre <sup>(6) (7)</sup>	60%	Verres : Frais réels / Monture : 100€		
<b>Équipement optique libre<sup>(6) (7) (8)</sup></b>				
• Monture	60%	100€	100€	100€
• Verres simples / verre		50€	110€	110€
• Verres complexes / verre		80€	180€	180€
• Verres très complexes / verre		100€	200€	200€
• Prestations supplémentaires portant sur tout équipement optique de classe A ou B		100% BR dans la limite des PLV		
<b>Lentilles</b>				
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60%	(Rbt SS) + 4% PMSS / an /bénéf. (mini 100% BR)	(Rbt SS) + 5% PMSS / an / bénéf. (mini 100% BR)	100% BR + 200€ <sup>(11)</sup>
Lentilles prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	-			
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux) <sup>(12)</sup>	-	11% PMSS / œil	22% PMSS / œil	22% PMSS / œil
<b>Soins et Prothèses dentaires 100% Santé<sup>(13)</sup></b>				
<b>Soins dentaires</b>				
Inlays / onlays (par acte) remboursés SS	70%	200% BR	250% BR	250% BR
Autres Soins dentaires remboursés par la SS <sup>(14)</sup>		170% BR	320% BR	320% BR
Parodontologie non remboursée par la SS	-	4% PMSS / an / bénéf.	6% PMSS / an / bénéf.	300€ / an / bénéf.
<b>Autres prothèses dentaires</b>				
<b>Prothèses dentaires remboursées SS</b>				
• Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(15)</sup>	70%	370% BR limité à 2 859€/an / bénéf. (125% BR au-delà de de cette limite)	530% BR limité à 2 859€/an / bénéf. (125% BR au-delà de cette limite)	Frais réels
• Prothèses dentaires à honoraires libres				530% BR
Prothèses dentaires non remboursées SS : couronnes et bridges, prothèses dentaires provisoires, réparations (sauf esthétique)	-	270€ par dent (dans la limite de 2 859€ / an / bénéf.)	430€ par dent (dans la limite de 2 859€ / an / bénéf.)	
<b>Orthodontie<sup>(16)</sup></b>				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100%	250% BR dans la limite de 1 525€ / an / bénéf. (125% BR au-delà)	400% BR dans la limite de 1 525€ / an / bénéf. (125% BR au-delà)	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	150% BRR dans la limite de 1 525€ / an / bénéf. (25% BR au-delà de cette limite)	300% BRR dans la limite de 1 525€ / an / bénéf. (25% BR au-delà de cette limite)	
Implants + piliers implantaires	-	20% PMSS / an / bénéf.	40% PMSS / an / bénéf.	

SOINS - HOSPITALISATION

OPTIQUE

DENTAIRE

	Part S.S.	Option 1 Base CCN	Option 2 Sup. CCN	Option 3	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	Équipements auditifs 100% santé (à compter du 01.01.2021) <sup>(17)</sup>	60%	Frais réels		
	Autres prothèses auditives <sup>(18)</sup>	60%	Rbt SS + 30% PMSS / an / bénéf. (mini 100% BR)	Rbt SS + 40% PMSS / an / bénéf. (mini 100% BR)	
	Accessoires et fournitures <sup>(19)</sup>		100% BR		
<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES</b>	<b>Maternité</b>				
	Allocation naissance ou adoption par enfant	-	10% PMSS	15% PMSS	
	<b>Prévention et autres soins</b>				
	Médecines douces <sup>(20)</sup> : acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode Mézières, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologue et sophrologie.	-	30 € / séance (maxi 8 séances / an / bénéf.)	45 € / séance (maxi 8 séances / an / bénéf.)	
	Forfait pour cure thermale remboursée par la SS <sup>(21)</sup>	65%	Rbtt SS + 125 € / an / bénéf.	Rbtt SS + 305 € / an / bénéf.	
Assistance	-	oui	oui	oui	

**Notes communes à l'ensemble des options**

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les hospitalisations en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (3) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale
- (4) Frais réel limité au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur
- (5) Équipement «100% Santé» «Classe A», pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation. Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale). Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018. La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
  - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
  - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement ;
  - pour les enfants de moins de 6 ans : tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.
- Définition des verres :**
- Verre simple :** verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- Verre complexe :** verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- Verre très complexe :** verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture «100% Santé». Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9 et 10) Non existants sur ce pdf de garanties
- (11) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire
- (12) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an
- (13) Soins et prothèses dentaires relevant du «100% Santé» au 1er janvier 2020, définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (14) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.

- (15) Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1er janvier 2020. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2. À partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (16) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (17) Prothèses auditives relevant du «100% Santé» au 1er janvier 2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
  - \* Écouteur
  - \* Microphone
  - \* Embout auriculaire pour :
    - bénéficiaire de moins de 2 ans => 4 embouts / an / appareil
    - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout/an/appareil
  - \* Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
  - Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
  - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
  - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
  - Étiopathes inscrits au Registre National des Étiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
  - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
  - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie ;
  - Ergothérapeutes titulaires du diplôme d'État DE ;
  - Homéopathes inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
  - Méthode Mézières réalisée par des thérapeutes diplômés en physiothérapie ou en kinésithérapie ;
  - Microkinésie réalisée par des thérapeutes détenant le diplôme d'état ;
  - Nutritionnistes inscrits au conseil de l'ordre des médecins et également diplômé d'un DES d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, ou d'un DU, ou d'un DESC ;
  - Pédicures podologues titulaires d'un DE de pédicure-podologue ;
  - Psychologues d'un DESS de psychologie ou d'un Master 1 et 2 en psychologie de l'université et inscrit au registre de l'ARS ;
  - Psychomotriciens titulaires d'un diplôme d'État de Psychomotricien ;
  - Psychothérapeutes titulaires du Certificat Européen de Psychothérapie ;
  - Réflexologues inscrits au Syndicat Professionnels des Réflexologues (SPR) ;
  - Sophrologie.
- (21) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- (b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ; Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- (c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- BRSS :** Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- BRR :** Base de Remboursement Reconstituée
- OPTAM, OPTAM-CO :** le praticien adhère à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique.
- FR :** Frais réels
- PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

