



Garanties du régime frais de santé

Accord Interbranche

CCN 66/79 et accords CHRS



Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des options 1 et 2), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

	Base	Base + Option 1	Base + Option 2			
HOSPITALISATION - Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité						
Frais de séjour	200 % BR	200 % BR	200 % BR			
Honoraires						
Signataires DPTM :						
Actes de chirurgie (ADC)	220 % BR	220 % BR	300 % BR			
Actes d'anesthésie (ADA)						
Actes d'obstétrique (ACO)						
Actes techniques médicaux (ATM)						
Autres honoraires						
Non signataires DPTM :						
Actes de chirurgie (ADC)	200 % BR	200 % BR	200 % BR			
Actes d'anesthésie (ADA)						
Actes d'obstétrique (ACO)						
Actes techniques médicaux (ATM)						
Autres honoraires						
Transport remboursé Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Chambre particulière par jour :						
Conventionnée jour / nuit (avec nuité)	limité à 2 % du PMSS	limité à 2 % du PMSS	limité à 3 % du PMSS			
Conventionnée de jour (sans nuité)	limité à 1 % du PMSS	limité à 1 % du PMSS	limité à 1,5 % du PMSS			
Personne accompagnante : Conventionné	100 % FR limité à 1,5 % PMSS / jour	100 % FR limité à 1,5 % PMSS / jour	100 % FR limité à 3 % PMSS / jour			
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux - remboursés Ss						
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220 % BR	220 % BR	220 % BR			
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	200 % BR	200 % BR	200 % BR			
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170 % BR	170 % BR	170 % BR			
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150 % BR	150 % BR	150 % BR			
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150 % BR	150 % BR	170 % BR			
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130 % BR	130 % BR	150 % BR			
Honoraires médicaux - non remboursés Ss						
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25 €/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire	25 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire			
Médicaments - Remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Pharmacie (hors médicaments) - Remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Honoraires paramédicaux - Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Matériel médical						
Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	200 % BR	200 % BR	200 % BR			
Transport remboursé Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives remboursées Ss, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)(****)	Équipements 100 % santé (**)	Équipements Libres (***)	Équipements 100 % santé (**)	Équipements Libres (***)	Équipements 100 % santé (**)	Équipements Libres (***)
	100% FR dans la limite des PLV	20 % PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	100 % FR dans la limite des PLV	20 % PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	100 % FR dans la limite des PLV	1700 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

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

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

Garanties du régime frais de santé CCN 66/79 et accords CHRS (suite)

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des options 1 et 2), dans la limite des frais réelles engagés par les bénéficiaires.

	Base				Base + Option 1		Base + Option 2	
DENTAIRE								
Soins Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR				100 % BR		100 % BR	
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss :	Panier 100 % santé	Panier maîtrisé (*)	Panier libre	Paniers maîtrisé et libre	Panier 100 % santé	Paniers maîtrisé (*) et libre	Panier 100 % santé	Paniers maîtrisé (*) et libre
Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)		250 % BR		Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125 % BR)	325 % BR	Dans la limite de 1050 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125 % BR)	450 % BR	Dans la limite de 1450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125 % BR)
Dents de fond de bouche	100 % FR (dans la limite des HLF)	220 % BR	125 % BR		100 % FR (dans la limite des HLF)	250 % BR	100 % FR (dans la limite des HLF)	350 % BR
Inlays-core		150 % BR			200 % BR		200 % BR	
Inlays/onlays	Néant	100 % BR	100 % BR	-	Néant	100 % BR	néant	100 % BR
Orthodontie remboursée Ss		300 % BR			300 % BR		350 % BR	
Orthodontie non remboursée Ss		250 % BR			250 % BR		250 % BR	
Prothèses dentaires non remboursées Ss		7 % PMSS / an			7 % PMSS / an		10 % PMSS / an	
Implantologie		20 % PMSS / an			22 % PMSS / an		25 % PMSS / an	

(*) dans la limite des HLF.

(**) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires.

Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

OPTIQUE						
Equipements (1 monture / 2 verres)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)
Verres et monture (***)	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base	100 % FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 1	100 % FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 2
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique :						
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)	100% FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)	100% FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		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 A	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		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		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséicotiques)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique :						
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		3 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		6,5 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	
Chirurgie réfractive	22 % PMSS par année civile, par bénéficiaire		22 % PMSS par année civile, par bénéficiaire		25 % PMSS par année civile, par bénéficiaire	

(*) Equipements 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.

(**) Equipements 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.

(***) Conditions de renouvellement :

• 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 à 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.

ACTES DE PRÉVENTION			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Ss : Sécurité sociale - BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement - BRR : Base de remboursement reconstruite
 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

Grilles Optiques

(Sécurité sociale incluse)

	Base		Option 1		Option 2	
	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
UNIFOCAUX						
sphère de 0 à -/+2		35 €		75 €		90 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	40 €	100% FR dans la limite des PLV	75 €	100% FR dans la limite des PLV	90 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50 €		90 €		100 €
sphère < -8 ou > +8		100 €		125 €		130 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		40 €		85 €		100 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	45 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	100 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55 €		95 €		110 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105 €		110 €		120 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0		55 €		135 €		140 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	60 €	100% FR dans la limite des PLV	135 €	100% FR dans la limite des PLV	140 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70 €		140 €		150 €
cylindre > +4 sphère < -8		120 €		150 €		160 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)						
sphère de 0 à -/+2		75 €		160 €		180 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	80 €	100% FR dans la limite des PLV	160 €	100% FR dans la limite des PLV	180 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90 €		175 €		200 €
sphère < -8 ou > +8		130 €		175 €		200 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		90 €		180 €		210 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	95 €	100% FR dans la limite des PLV	180 €	100% FR dans la limite des PLV	210 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105 €		190 €		220 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145 €		200 €		230 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0		115 €		180 €		210 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	120 €	100% FR dans la limite des PLV	180 €	100% FR dans la limite des PLV	210 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130 €		190 €		220 €
cylindre > +4 sphère < -8		170 €		200 €		230 €
MONTURES ET AUTRES LPP						
Verre neutre (montant par verre)		35 €		75 €		90 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)	100% FR dans la limite des PLV	100 €	100% FR dans la limite des PLV	100 €	100% FR dans la limite des PLV	100 €

Sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL

Chorum Conseil, distributeur :

SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1 539 000 € - RCS Nanterre 833 426 851 - Répertoire Orias 170 073 20. Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff. Responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances, sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L.520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande Capital social détenu à hauteur de 97 % par VYV Invest dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro Siren 839 314 242. Réclamation : Chorum Conseil - Service réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff. Médiation : le médiateur de l'assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par La médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Harmonie Mutuelle, assureur, gestionnaire et distributeur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

MGEN, assureur :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFDDIA8FN1325. Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15

MGEN SOLUTIONS, distributeur et gestionnaire :

SAS au capital de 1 000 000 € - RCS Paris 805 290 103 - Courtier en assurances immatriculé à l'Orias sous le numéro 14 007 239. Siège social : 7, square Max Hymans - 75015 Paris Cedex