



Garanties du régime frais de santé CCN 65



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						
Conventionnés	150% BR	200% BR	300% BR			
Non conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR			
Honoraires :						
Signataires DPTM :						
Actes de chirurgie (ADC)	170% 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)	150% 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)	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 2,25% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS			
Conventionnée de jour (sans nuité)	100% FR limité à 1,5% du PMSS	100% FR limité à 2,25% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS			
Non conventionnée	non couverte	non couverte	non couverte			
Personne accompagnante :						
Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 2,25% PMSS / jour	100% FR limité à 3% PMSS / jour			
Non conventionné	non couvert	non couvert	non couvert			
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux - remboursés SS						
Consultation - visites : Généralistes signataires d'un DPTM	100% BR	100% BR	170% BR			
Consultation - visites : Généralistes non signataires d'un DPTM	100% BR	100% BR	150% BR			
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	170% BR	220% BR	220% BR			
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	150% BR	200% BR	200% BR			
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	100% BR	150% BR	170% BR			
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	100% BR	125% BR	150% BR			
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	100% BR	150% BR	170% BR			
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	100% BR	125% BR	150% BR			
Honoraires médicaux - non remboursés SS						
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, éthiopathie, psychologue)	25€/séance dans la limite de 2 séances par an/bénéficiaire	30€/séance dans la limite de 2 séances par an/bénéficiaire	50€/séance dans la limite de 2 séances par an/bénéficiaire			
Médicaments - Remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR			
Pharmacie (hors médicaments) - Remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR			
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	25€ par an et par bénéficiaire	50€ par an et par bénéficiaire	100€ par an et par bénéficiaire			
Analyses et examens de laboratoire						
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100% BR	100% BR	175% BR			
Honoraires paramédicaux						
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR	100% BR	150% BR			
Matériel médical						
Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	125% BR	150% BR	200% BR			
Transport remboursé Ss	100% BR	100% BR	100% BR			
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR			
AIDES AUDITIVES						
	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)
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)(****)	100% FR dans la limite des PLV	400 € par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	800 € par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	1200 € par oreille (au minimum 100 % BR)
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 65 (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 réellement engagés par les bénéficiaires.

	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
DENTAIRE						
Soins	100% BR		100% BR		100% BR	
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	Paniers maîtrisés (*) et libres	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres
Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)	100% FR (dans la limite des HLF)	225% BR	100% FR (dans la limite des HLF)	260% BR	100% FR (dans la limite des HLF)	295% BR
Dents de fond de bouche		150% BR		185% BR		220% BR
Inlays-core		125% BR		150% BR		200% BR
Inlays/onlays	Néant	125% BR	Néant	150% BR	Néant	175% BR
Orthodontie remboursée Ss	200% BR		300% BR		350% BR	
Orthodontie non remboursée Ss	Non couvert		Non couvert		250% BRR	
Prothèses dentaires non remboursées SS	250% BRR		300% BRR		350% BRR	
Parodontologie	200€ par an et par bénéficiaire		300€ par an et par bénéficiaire		500€ par an et par bénéficiaire	
Implantologie	200€ par an et par bénéficiaire		300€ par an et par bénéficiaire		500€ par an et par bénéficiaire	

(*) 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% du PLV	Voir Grille Base	100% du PLV	Voir Grille Option 1	100% du 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 iséiconiques)	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	400€ par œil, par an et par bénéficiaire		600€ par œil, par an et par bénéficiaire		800€ par œil, par an et 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 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.

ACTES DE PREVENTION			
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR	100% BR	100% TM
Substitut nicotinique	40€ par an et par bénéficiaire	60€ par an et par bénéficiaire	80€ par an et par bénéficiaire
ACTES DIVERS			
Ostéodensitométrie osseuse	40€ par an et par bénéficiaire	60€ par an et par bénéficiaire	80€ par an et par bénéficiaire
Cures thermales acceptées par la Ss	100€ par an et par bénéficiaire	200€ par an et par bénéficiaire	300€ par an et par bénéficiaire
Contraception remboursée ou non par la Ss	100€ par an et par bénéficiaire	200€ par an et par bénéficiaire	300€ par an et par bénéficiaire

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

UNIFOCAUX	Base		Base + Option 1		Base + Option 2	
	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
sphère de 0 à -/+2		55 €		85 €		95 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	55 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	95 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		60 €		85 €		100 €
sphère < -8 ou > +8		75 €		90 €		110 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		65 €		85 €		105 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	65 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	105 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		70 €		90 €		110 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		80 €		95 €		115 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0		85 €		105 €		125 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	105 €	100% FR dans la limite des PLV	125 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		90 €		110 €		130 €
cylindre > +4 sphère < -8		95 €		115 €		135 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
sphère de 0 à -/+2		120 €		140 €		160 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	120 €	100% FR dans la limite des PLV	140 €	100% FR dans la limite des PLV	160 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		130 €		150 €		170 €
sphère < -8 ou > +8		130 €		150 €		170 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		145 €		165 €		185 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	145 €	100% FR dans la limite des PLV	165 €	100% FR dans la limite des PLV	185 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		150 €		170 €		190 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		155 €		175 €		195 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0		145 €		165 €		185 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	145 €	100% FR dans la limite des PLV	165 €	100% FR dans la limite des PLV	185 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		150 €		170 €		190 €
cylindre > +4 sphère < -8		155 €		175 €		195 €
MONTURES ET AUTRES LPP	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
Verre neutre (montant par verre)		55 €		85 €		95 €
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 1539000 € - RCS Nanterre 833426851 - Répertoire Orias 17007320. Siège social: 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff. Responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 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 L520-1 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 839314242. 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 Siren sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social: 143, rue Blomet - 75015 Paris.

MGEN SOLUTIONS, distributeur :

SAS au capital de 1000000 € - 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