

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023

(sous réserve de la parution de l'arrêté d'agrément au Journal Officiel)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés dans la limite des frais réels y compris les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
HOSPITALISATION Limite annuelle de 25 % du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionné (hors ticket modérateur)			
Honoraires (y compris maternité)			
- Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)			
- Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	220 % BR	220 % BR	220 % BR
- Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier			
- Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
- Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné	200 % BR	250 % BR	300 % BR
- Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait Patient Urgences**	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
- Chambre particulière en secteur conventionné, de jour (ambulatoire) y compris maternité	100 % FR dans la limite de 0,75 % PMSS/J	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/J	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/J
- Chambre particulière en secteur conventionné, de nuit y compris maternité	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/nuit	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/nuit	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/nuit
- Chambre particulière en secteur non conventionné, y compris maternité, par jour	-	-	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/J
- Lit d'accompagnant en secteur conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR
- Lit d'accompagnant en secteur non conventionné	-	-	100 % FR

* Limité au forfait réglementaire en vigueur

** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés dans la limite des frais réels y compris les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
- Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes			
- Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR	140 % BR	220 % BR
- Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	120 % BR	200 % BR
- Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	120 % BR	200 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes			
- Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	220 % BR	220 % BR	220 % BR
- Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)			
- Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	145 % BR	145 % BR	220 % BR
- Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	125 % BR	125 % BR	200 % BR
- Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE)			
- Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR	120 % BR	195 % BR
- Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	175 % BR
- Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Honoraires paramédicaux			
- Auxiliaires médicaux et Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	175 % BR
- Consultations de psychologues partenaires du dispositif MonParcoursPsy, dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
- Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
- Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples fauteuil roulant, lit médicalisé	175 % BR	175 % BR	275 % BR
- Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	175 % BR	175 % BR	275 % BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés dans la limite des frais réels y compris les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
PRÉVENTION			
Kit confort⁽³⁾			
- Médecine douce ⁽¹⁰⁾ : Professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la SS : acupuncteur, ostéopathe, psychologue	25 €/séance Maxi 3 séances/A/B	25 €/séance Maxi 5 séances/A/B	50 €/séance Maxi 5 séances/A/B
- Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	1,5 % PMSS/A/B	1,5 % PMSS/A/B	3 % PMSS//B
- Cures thermales remboursées par la SS (hors thalassothérapie)	-	10 % PMSS/A/B	10 % PMSS/A/B
- Ostéodensitométrie	-	-	100 €/A/B
- Patchs anti-tabac	2 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B	4 % PMSS/A/B
AIDES AUDITIVES⁽³⁾			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
- Equipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Autres équipements			
- Equipement de CLASSE II ⁽⁹⁾ - Appareil auditif/oreille	10 % PMSS/oreille	20 % PMSS/oreille	30 % PMSS/oreille
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
- Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Soins			
- Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Inlays-onlays du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	170 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses prises en charge par la SS		Dans la limite de 1 250 € par A/B	Dans la limite de 1 500 € par A/B
Panier maîtrisé	Dans la limite de 900 € par A/B*		
- Prothèses fixes sur dents visibles (dents du sourire) ⁽⁷⁾ prises en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	370 % BR	470 % BR	470 % BR
- Prothèses fixes sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	270 % BR	320 % BR	370 % BR
- Inlays core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	170 % BR	200 % BR	250 % BR

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS - Les montants des prestations sont exprimés dans la limite des frais réels y compris les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Panier libre			
- Prothèses sur dents visibles (dents du sourire) ⁽⁷⁾ prises en charge par la SS du panier libre	125 % BR	470 % BR	470 % BR
- Prothèses sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la SS du panier libre	125 % BR	320 % BR	370 % BR
- Inlays core pris en charge par la SS du panier libre	125 % BR	200 % BR	250 % BR
Autres dispositifs dentaires			
- Orthodontie prise en charge par la SS	250 % BR	250 % BR	350 % BR
- Orthodontie non prise en charge par la SS	-	-	250 % BR
- Parodontologie ⁽³⁾	-	-	5 % PMSS/A/B
- Forfait implantologie ⁽³⁾ (par an et par bénéficiaire)	-	12 % PMSS/A/B	12 % PMSS/A/B
OPTIQUE			
Équipement : composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement			
- Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Autres équipements			
- Verres et monture de CLASSE B	Grille optique 1	Grille Optique 2	Grille Optique 3
- Monture adulte ⁽⁵⁾	Grille optique 1	Grille Optique 2	Grille Optique 3
- Monture enfant ⁽⁵⁾	Grille optique 1	Grille Optique 2	Grille Optique 3
- Verres simples ⁽⁵⁾ , complexes ⁽⁵⁾ , très complexes ⁽⁵⁾ , par verre	Grille optique 1	Grille Optique 2	Grille Optique 3
- Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
- Lentilles prescrites : prises en charge par la SS ⁽³⁾ ⁽⁶⁾ (remboursement minimum égal à 100 % BR – SS, si forfait épuisé), non prises en charge par la SS ou lentilles jetables	3 % PMSS/A/B	6 % PMSS/A/B	7 % PMSS/A/B
- Chirurgie réfractive de l'œil ⁽³⁾	22 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil	32 % PMSS/œil

A : An - **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité sociale - **€** : euros - **B** : Bénéficiaire - **J** : Jour
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale - **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale - **HLF** : Honoraires Limites de Facturation

Le contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

- (1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).
 - (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du remboursement des praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO et du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
 - (3) Forfait par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
 - (4) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont 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 :
 - Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans,
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 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. Dans les autres cas le délai d'un an s'applique.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.
 - (5) 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.
Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.
Autres Equipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.
 - (6) Au-delà du forfait, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
 - (7) Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires, ce sont les dents n° 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45 (bas).
 - (8) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
 - (9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à la réglementation en vigueur du « contrat responsable ».
 - (10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (acupuncteur, ostéopathe, psychologue).
- * Hors Panier 100% Santé, au-delà du forfait annuel, la garantie qui s'applique est de 125 % BR pour chaque acte conformément au décret n° 2019-65. Les devis prothétiques sont valables 6 mois.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



Catégories de verres – monture – suppléments et frais d'adaptation	REMBOURSEMENTS, par verre, dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale						
	ADULTE/ ENFANT	Grille optique n° 1		Grille optique n° 2		Grille optique n° 3	
		ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
sphère de 0 à -/+2	100 % PLV (*)	75 €	55 €	90 €	60 €	125 €	85 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		75 €	55 €	90 €	60 €	125 €	85 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90 €	65 €	100 €	70 €	135 €	95 €
sphère < -8 ou > +8		125 €	95 €	130 €	100 €	165 €	125 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % PLV (*)	85 €	65 €	100 €	70 €	135 €	95 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		85 €	65 €	100 €	70 €	135 €	95 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		95 €	75 €	110 €	80 €	145 €	105 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		110 €	85 €	120 €	90 €	155 €	115 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % PLV (*)	135 €	105 €	140 €	110 €	175 €	135 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		135 €	105 €	140 €	110 €	175 €	135 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		140 €	115 €	150 €	120 €	185 €	145 €
cylindre > +4 sphère > -8		150 €	125 €	160 €	130 €	195 €	155 €
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
sphère de 0 à -/+2	100 % PLV (*)	160 €	115 €	180 €	120 €	250 €	170 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		160 €	115 €	180 €	120 €	250 €	170 €
sphère de -4 à -12 ou de +4 à +12		175 €	135 €	200 €	140 €	270 €	190 €
sphère < -12 ou > +12		175 €	135 €	200 €	140 €	270 €	190 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % PLV (*)	180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre ≤ +4 sphère de -12 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 12		190 €	155 €	220 €	160 €	290 €	210 €
cylindre ≤ +4 sphère > -12 ; sphère > 0 et 12 < S		200 €	165 €	230 €	170 €	300 €	220 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % PLV (*)	180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre > +4 sphère de -12 à -4,25		190 €	155 €	220 €	160 €	290 €	210 €
cylindre > +4 sphère > -12		200 €	165 €	230 €	170 €	300 €	220 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
Verre neutre	100 % PLV (*)	75 €	55 €	90 €	60 €	125 €	85 €
Monture		100 €	90 €	100 €	100 €	100 €	100 €

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ suite

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2023



Catégories de verres – monture – suppléments et frais d'adaptation	REMBOURSEMENTS, par verre, dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale						
	ADULTE/ ENFANT	Grille optique n° 1		Grille optique n° 2		Grille optique n° 3	
		ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT
SUPPLÉMENTS	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
Prisme incorporé adulte	100 % BR	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Prisme incorporé enfant							
Prisme souple enfant moins de 6 ans							
Antiptosis Adulte							
Antiptosis Enfant							
Iséiconiques Adulte							
Iséiconiques Enfant							
Filtre teinté							
Filtre ultraviolet moins de 18 ans							
Filtre occlusion partielle moins de 6 ans							
Adaptation verres de classe A							
Adaptation verres de classe B							
Appairage niveau 1							
Appairage niveau 2							
Appairage niveau 3							

* **PLV** : Prix Limite de vente conformément au 100% santé