

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : CCPMA PREVOYANCE - Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le code de la Sécurité sociale - Numéro SIREN : 401 679 840

Produit : Caves Coopératives Viticoles et leurs unions relevant de l'Accord Frais de santé du 2 février 2011 (Socle, option 1 ou 2)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties annexé.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le régime Frais de Santé est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire et proposé pour ses salariés et leurs éventuels bénéficiaires. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime de base (Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole). Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé, et il répond aux obligations conventionnelles, en matière de remboursements complémentaires de frais de soins de Santé, de l'employeur telles qu'elles résultent de la convention Collective Nationale des Coopératives viticoles et leurs unions du 2 avril 1986, à la date du 1^{er} janvier 2020.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge du salarié.

Le groupe assuré est constitué de l'ensemble des salariés.

✓ **Hospitalisation** : Honoraires chirurgicaux et médicaux (y compris dépassement d'honoraires), forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, frais de séjour, chambre particulière, forfait maternité, frais de transport.

✓ **Soins courants** :

Médecine de ville : Consultation généraliste/spécialiste, auxiliaires médicaux, sages-femmes, analyses, radiologie, autres actes techniques.

Pharmacie : Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65% (service médical rendu élevé), 30% (service médical rendu modéré) et 15% (service médical rendu faible).

Matériel médical : Petits et gros appareillage, fournitures médicales et pansements, autres prothèses (hors dentaire et auditive).

✓ **Optique** :

Équipement 100% santé (classe A), autres équipements (classe B), lentilles remboursées ou non.

✓ **Dentaire (dont soins et prothèses 100% santé)** :

Soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses hors 100% santé, orthodontie remboursée, inlays et onlays.

✓ **Aides auditives**

Équipement 100% santé (classe I), aides auditives (classe II)

✓ **Actes de prévention** (voir renvoi tableau de garanties)

Les garanties optionnelles : Pharmacie et vaccins prescrits non remboursés, implantologie refusée, orthodontie refusée, chirurgie réfractive.

Les services :

Réseau de soins
Assistance

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire de 1€** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise de 0.50€** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise de 2€** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, à partir de la date de facturation de l'équipement. Cette période est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue (voir conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Aides auditives** : A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente.

Autres restrictions prévues au contrat :

Hospitalisation (hors psychiatrie) :

- ! **Chambre particulière** : limite à 90 jours par an.
- ! **Frais de lit accompagnant (- 16 ans)** : limite à 60 jours par an



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés de l'entreprise sont couverts en France.
- ✓ Ils sont également couverts à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement complémentaire est effectué dès lors que le régime de base de la Sécurité sociale française intervient, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ L'assistance est accordée en France et à l'étranger (hors clauses particulières au contrat).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

- A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion
- Affilier l'ensemble des salariés appartenant au groupe assuré
- Remettre la notice d'information au salarié contre décharge
- Fournir la liste des salariés à assurer et des anciens salariés en portabilité
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur

- En cours de contrat :

- Informers l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale, d'ouverture d'une procédure collective, de toute arrivée ou départ de salariés
 - Régler la cotisation prévue au contrat
 - Informers les salariés des modifications apportées à leurs droits et obligations suite à une révision du régime avant la prise d'effet de la modification
 - Prévenir les salariés lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions pour lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité ou du maintien des garanties frais de santé sous forme de contrat individuel
 - Répondre aux questions de l'assureur ou du délégataire de gestion relatives à l'application du contrat
 - Fournir à l'assureur les éléments nécessaires à la gestion du contrat santé, notamment les entrées et sorties du personnel
 - Respecter le dispositif légal de la DSN.
- #### - Pour le remboursement des frais de santé :
- Il appartient aux salariés et à ses éventuels bénéficiaires de fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables suivant les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année civile sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, au moins deux mois avant sa date d'échéance annuelle.

Réf 83466 - 01/01/2020

Annexe

TABLEAU DES GARANTIES REGIME HORS ALSACE - MOSELLE

NATURE DES RISQUES	Remboursements du régime de base	Remboursements Socle obligatoire conventionnel *	Remboursements Option 1**	Remboursements Option 2***
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)				
Honoraires des généralistes adhérents au DPTM (1)	70% BR	30% BR	100% BR	130% BR
Honoraires des généralistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	70% BR	30% BR	80% BR	110% BR
Honoraires des spécialistes adhérents au DPTM (1)	70% BR	30% BR	100% BR	230% BR
Honoraires des spécialistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	70% BR	30% BR	80% BR	130% BR
Honoraires paramédicaux	60% BR	40% BR	40% BR	40% BR
Analyses et examens de laboratoires (2)	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR
Actes de prévention (3)	35% BR à 70% BR	65% BR à 30% BR	65% BR à 30% BR	65% BR à 30% BR
MEDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65% BR	35% BR	35% BR	35% BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30% BR	70% BR	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	85% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40€/an / bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL				
Fournitures médicales, pansements	60% BR	40% BR	40% BR	40% BR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60% BR à 100% BR	40% BR à 0% BR	40% BR à 0% BR	40% BR à 0% BR
Honoraires de médecines douces : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, microkinésithérapie	-	80€/an / bénéficiaire	80€/an / bénéficiaire	100€/an / bénéficiaire
HOSPITALISATION				
Hospitalisation (hors psychiatrie)				
Frais de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires				
-Honoraires des Médecins adhérents au DPTM (1)	80% ou 100% BR	170% ou 150% BR	270% ou 250% BR	320% ou 300% BR
-Honoraires des Médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	80% ou 100% BR	120% ou 100% BR	120% ou 100% BR	120% ou 100% BR
-Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier (5)	-	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (max 90j/an/bénéficiaire)	-	25€/ jour	25€/ jour	50€/ jour pendant 60 jours 75€/jour dès le 61 ^{ème} jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€/ jour	25€/ jour	30€/ jour
Hospitalisation en psychiatrie				
Frais de séjour	80% BR ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires				
-Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80% BR ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	220% ou 0% BR
-Honoraires des médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	80% BR ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR	120% ou 0% BR
Forfait journalier hospitalier (5)	-	100% FR	100% FR	100% FR
OPTIQUE				
		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)		
Equipelement 100% Santé (7)				
- Monture de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
- Verres de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Autres équipements				
Monture de Classe B	60% BR	100 € - RO	100 € - RO	100 € - RO
Verre unifocal simple de classe B (8)	60% BR	115 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre
Verre unifocal complexe de classe B (8)	60% BR	145 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif complexe de classe B (8)	60% BR	190 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif très complexe de classe B (8)	60% BR	240 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre
Prestation d'adaptation de la prescription (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 200€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	-	150 € / oeil	300 € / oeil
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% Santé (9)(10)	70% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO

Soins (hors 100% Santé)	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR
Inlay onlay (hors 100% santé) (10)	70% BR	30% BR	30% BR	30% BR
Prothèses (hors 100% santé)				
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire	320% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire	320% BR + 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0% ou 70% BR	0% ou 30% BR	0% ou 30% BR	0% ou 30% BR + 200€
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% BR ou 100% BR	130% ou 100% BR	180% ou 150% BR	280% ou 250% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300€ /an /bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-	500€ /an
AIDES AUDITIVES (11)				
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60% BR	40% BR	860 € / oreille /bénéficiaire /4 ans	860 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60% BR	40% BR	1460 € / oreille /bénéficiaire /4 ans	1460 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS				
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	200 €	200 €	200 €
Transport remboursé par le régime de base	65% BR ou 100% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR
Transport pour hospitalisation de jour	65% BR ou 100% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR + 150€ /an /bénéficiaire

* hors remboursements du régime de base

** hors remboursements du régime de base y compris socle

*** hors remboursements du régime de base y compris socle et option 1

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis réglementairement. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.

TABLEAU DES GARANTIES REGIME ALSACE-MOSELLE

NATURE DES RISQUES	Remboursements du régime de base	Remboursements Socle obligatoire conventionnel *	Remboursements Option 1**	Remboursements Option 2***
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)				
Honoraires des généralistes adhérents au DPTM (1)	90% BR	10% BR	80% BR	110% BR
Honoraires des généralistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	90% BR	10% BR	60% BR	90% BR
Honoraires des spécialistes adhérents au DPTM (1)	90% BR	10% BR	80% BR	210% BR
Honoraires des spécialistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	90% BR	10% BR	60% BR	110% BR
Honoraires paramédicaux	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Analyses et examens de laboratoires (2)	90% ou 100% BR	10% ou 0% BR	10% ou 0% BR	10% ou 0% BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Actes de prévention (3)	35% BR à 90% BR	65% BR à 10% BR	65% BR à 10% BR	65% BR à 10% BR
MEDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	80% BR	20% BR	20% BR	20% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	85% BR	10% BR	10% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40€ /an /bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40€ /an /bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL				
Fournitures médicales, pansements	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90% BR à 100% BR	10% BR à 0% BR	10% BR ou 0% BR	10% BR ou 0% BR
Honoraires de médecines douces : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie	-	80€ /an / bénéficiaire	80€ /an / bénéficiaire	100€ /an / bénéficiaire
HOSPITALISATION				
Hospitalisation (hors psychiatrie)				
Frais de séjour	100% BR	-	-	-
Honoraires				
-Honoraires des Médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	150% BR	250% BR	300% BR
-Honoraires des Médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
-Forfait actes lourds (4)	100% FR	-	-	-
Forfait journalier hospitalier (5)	100% FR	-	-	-
Chambre particulière y compris en ambulatoire (max 90j/an/bénéficiaire)	-	25€ / jour	25€ / jour	50€ / jour pendant 60 jours 75€ /jour dès le 61 ^{ème} jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€ / jour	25€ / jour	30€ / jour
Hospitalisation en psychiatrie				
Frais de séjour	100% BR	-	-	-
Honoraires				
-Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	-	-	200% BR
-Honoraires des médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	100% BR	-	-	100% BR
Forfait journalier hospitalier (5)	100% FR	-	-	-
OPTIQUE				
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)				
Equipement 100% Santé (7)				
- Monture de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
- Verres de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Autres équipements				
Monture de Classe B	90% BR	100 € - RO	100 € - RO	100 € - RO
Verre unifocal simple de classe B (8)	90% BR	115 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre
Verre unifocal complexe de classe B (8)	90% BR	145 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif complexe de classe B (8)	90% BR	190 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif très complexe de classe B (8)	90% BR	240 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre
Prestation d'adaptation de la prescription (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	365% BR + 200€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	-	150 € / oeil	300 € / oeil
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% Santé (9)(10)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Soins (hors 100% Santé)	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR
Inlay onlay (hors 100% santé) (10)	90% BR	10% BR	10% BR	10% BR

Prothèses (hors 100% santé)				
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire	300% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire	300% BR + 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0% ou 90% BR	0% ou 10% BR	0% ou 10% BR	0% ou 10% BR + 200€
Orthodontie remboursée par le régime de base	90% BR ou 100% BR	110% ou 100% BR	160% ou 150% BR	260% ou 250% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-	500€/an
AIDES AUDITIVES (11)				
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	10% BR	440 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans	440 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90% BR	10% BR	1340 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans	1340 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS				
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	200 €	200 €	200 €
Transport remboursé par le régime de base	100% BR	-	-	-
Transport pour hospitalisation de jour	100% BR	-	-	150€/an/bénéficiaire

* hors remboursements du régime de base

** hors remboursements du régime de base y compris socle

*** hors remboursements du régime de base y compris socle et option 1

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis réglementairement. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.