

☐ TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ HORS ALSACE MOSELLE

☐ TABLEAU DES PRESTATIONS SANTE HORS ALSACE-MOSELLE EN VIGUEUR AU 1^{er} JANVIER 2026

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, sages-femmes, ophtalmologues, y compris téléconsultation)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	de 65 % à 30 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, psychologie (hors dispositif MonPsy)	-	20€/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire	20€/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire
Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	-	Crédit 40€/an/bénéficiaire	Crédit 40€/an/bénéficiaire
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100% FR - 60% BR	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire	-	50 €/jour	50 €/jour
• Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	25 €/jour	25 €/jour
MATERNITE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatifs	-	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR



Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾	
• Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € – 60% BR	100 €
- Verre unifocal simple ⁽⁸⁾	60 % BR	90 € / verre – 60 % BR	90 € / verre
- Verre unifocal complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	130 € / verre – 60 % BR	130 € / verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	135 € / verre – 60 % BR	135 € / verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	150 € / verre – 60 % BR	150 € / verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 € /an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 € /an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	60 % BR	110 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	210 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core)	60 % BR	260 % BR	320 % BR
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	60 % BR	260 % BR	320 % BR
- Inlay core à honoraires maîtrisés	60 % BR	190 % BR	250 % BR
- Inlay core à honoraires libres	60 % BR	190 % BR	250 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	240 % BR	300 % BR ou 340 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
• Équipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans	60 % BR	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € – RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR
• Assistance	-	oui	oui
• Réseau de soins	-	oui	oui



CCN du Paysage – Tableaux des garanties santé Hors Alsace-Moselle ouvriers et employés

BR: Base de remboursement **FR:** Frais réels **RO:** Régime obligatoire

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 + régime complémentaire) est inchangé.

(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).

(2) 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).

(3) **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).

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

(5) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(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 par les textes réglementaires en vigueur. 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) **verre unifocal simple 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 $\leq$ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe 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 $\geq$ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe 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 $\leq$ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe 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 $\geq$ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(9) 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.

(10) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursés au titre des honoraires de médecins spécialistes.