

Contrat des coopératives viniholes et leurs unions (CCVF) Frais de santé



TABLEAU DES GARANTIES

BÉNÉFICIAIRES

Les personnels des coopératives viniholes et leurs unions bénéficient du présent régime frais de santé.

TABLEAUX DES PRESTATIONS SANTÉ HORS ALSACE-MOSELLE EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2020 - 1/2

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale (BR). Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du Régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques). Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optiques). Remboursements sous réserve de respect du Parcours de soins.

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer hors régime local d'Alsace-Moselle. Chaque option prend en compte les niveau(x) inférieur(s).

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement Socle obligatoire conventionnel	Remboursement Option 1**	Remboursement 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
● Médicaments				
- 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
● Matériel Médical				
- 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, chiropraxie, acupuncture, étiopathie, 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 ^e 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
OPTIQUE				
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾				
● Équipement 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

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement Socle obligatoire conventionnel	Remboursement Option 1**	Remboursement Option 2***
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 €/œil	300 €/œil
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⁾				
● Équipements 100 % Santé (Classe 1) 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 (diphthérie, 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) Verre 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

Verre 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

Verre 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

Verre 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) À 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.

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement Socle obligatoire conventionnel	Remboursement Option 1**	Remboursement 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
● Médicaments				
– 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	85 % BR	85 % BR
– Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	40 €/an/ bénéficiaire
– Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	40 €/an/ bénéficiaire
● Matériel Médical				
– 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, étio-pathie, 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⁾				
● Équipement 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 €/œil	300 €/œil

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement Socle obligatoire conventionnel	Remboursement Option 1**	Remboursement Option 2***
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⁾				
• Équipements 100 % Santé (Classe 1) 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) Verre 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

Verre 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

Verre 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

Verre 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) À 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.

	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du RO	Remboursement de la complémentaire santé	Reste à charge
HOSPITALISATION					
• Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0 €	0 €
• Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0 €
• Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	0 €
OPTIQUE					
• Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
• Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
DENTAIRE					
• Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
• Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
• Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	454,70 €	0 €
• Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	450,50 €	12,95 €
AIDES AUDITIVES					
• Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
• Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	140,00 €	1 126,00 €
SOINS COURANTS⁵					
• Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
• Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
• Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
• Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €

(1) Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

(2) Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

(3) Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 €/verre) et une monture (30 €).

(4) Prix moyen national pour les verres unifocaux sphérocyindriques les plus fréquents pour des adultes (100 €/verre) et une monture (145 €).

(5) Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

	Prix moyen pratiqué	Base de remboursement (BR)	Remboursement du RO	Remboursement de la complémentaire santé	Reste à charge
HOSPITALISATION					
• Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0 €	0 €
• Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0 €
• Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	271,70 €	159,30 €	0 €
OPTIQUE					
• Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100% santé) ²	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
• Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ³	345,00 €	0,15 €	0,13 €	299,87 €	45,00 €
DENTAIRE					
• Détartrage	28,92 €	28,92 €	26,03 €	0 €	2,89 €
• Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0 €
• Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	0 €
• Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	429,00 €	12,95 €
AIDES AUDITIVES					
• Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €
• Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	35,00 €	1 126,00 €
SOINS COURANTS⁴					
• Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €
• Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €
• Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	15,00 €
• Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	19,70 €	2,30 €	34,00 €

(1) Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

(2) Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 €/verre) et une monture (30 €).

(3) Prix moyen national pour les verres unifocaux sphérocyllindriques les plus fréquents pour des adultes (100 €/verre) et une monture (145 €).

(4) Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.