

Assurance Prévoyance



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : CPCEA - Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Code de la Sécurité sociale - Numéro d'agrément : 784 411 134 et OCIRP (Organisme commun des Institutions de rente et de prévoyance) - Union d'Institutions de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale

Produit : Accord National du Paysage

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.

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

Le produit d'Assurance Prévoyance est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il est destiné à couvrir les salariés en cas d'incapacité temporaire et permanente de travail et en cas de décès, en complément des prestations de la Sécurité sociale française. Ce produit répond aux obligations conventionnelles de l'employeur telles qu'elles résultent de l'Accord National des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC, à la date du 1^{er} janvier 2022, dans lequel l'Institution CPCEA est le seul assureur recommandé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le groupe assuré est constitué des salariés cadres relevant de l'Accord national du Paysage, sans condition d'ancienneté.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Incapacité temporaire de travail :

Versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité temporaire de travail faisant suite à une maladie ou à un accident constaté par un médecin et ouvrant droit à la perception des indemnités journalières du régime de base de la Sécurité sociale.

✓ Incapacité permanente de travail :

Versement d'une pension complémentaire en cas d'attribution par le régime de base de la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou d'une rente correspondant à un taux d'incapacité au moins égal à 66,66% dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

✓ Décès :

En cas de décès du salarié, versement d'un capital (versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive), avec majoration pour enfant à charge et majoration pour décès accidentel.

En cas de décès du salarié et en présence d'enfant(s) à charge et/ou de conjoint, versement d'une rente éducation et/ou d'une rente de conjoint.

En cas de décès du salarié ou d'un de ses ayants droit, versement d'une indemnité frais d'obsèques.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Option garantie de maintien de salaire (sous condition d'ancienneté du salarié)

LES SERVICES :

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais de santé
- ✗ La dépendance
- ✗ Tout sinistre survenu en dehors de la période de validité du contrat (sauf en cas de maintien de garanties).



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

Principales exclusions :

Sont exclus les risques de décès résultant :

- ! de la participation à une guerre ;
- ! de la participation du salarié ou du bénéficiaire du capital décès à un crime, délit intentionnel ou rixe, sauf légitime défense ;
- ! de la participation à une émeute ou à un acte de terrorisme ;
- ! de maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du salarié, autre que le suicide ;
- ! de l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- ! de la pratique de tout sport à titre professionnel.

Des exclusions spécifiques sont liées à la garantie rente de conjoint. Elles font l'objet de dispositions contractuelles particulières.

Principales restrictions :

- ! Existence d'une franchise en incapacité de travail dans certains cas (modalités précisées aux Conditions Générales).
- ! Tout versement en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité qui conduirait le salarié à disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : CPCEA - Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le code de la Sécurité sociale- Numéro SIREN : 784 411 134

Produit : Accord National du Paysage

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. 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 produit respecte les conditions légales des contrats responsables et répond aux obligations conventionnelles de l'employeur telles qu'elles résultent de l'Accord National des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC, à la date du 1^{er} janvier 2022, dans lequel l'Institution CPCEA est le seul assureur recommandé.



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 des salariés cadres relevant de l'Accord national du Paysage.

✓ **Hospitalisation (y compris psychiatrie) et maternité :** Honoraires médecins (y compris dépassement d'honoraires), forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, forfait actes lourds, frais de séjour, chambre particulière (y compris ambulatoire, psychiatrie), frais d'accompagnant (enfant -16 ans), prime de naissance, frais de transport.

✓ **Soins courants :** Consultation médecin, auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire, radiologie, médicaments, matériel médical (hors dentaire et auditif).

✓ **Aide auditive :** Equipement 100% santé (classe I), autres équipements (classe II).

✓ **Optique :** Equipement 100% santé (classe A), autre équipements (classe B), lentilles remboursées (ou non) par le régime de base, chirurgie réparatrice de l'œil.

✓ **Dentaire :** Soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses hors 100% santé (remboursées ou non), implantologie/parodontologie, orthodontie remboursée ou non.

✓ **Cures thermales :** Honoraires (y compris dépassement d'honoraires), frais de soins et de séjour.

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

Les services : (voir tableau de garanties)

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 d'acquisition 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 dans les 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

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Hospitalisation :** chambre particulière (yc ambulatoire) et frais d'accompagnant (enfant -16 ans) : limite à 60 jours par an.
- ! **Médecine douce :** limite à 2 séances 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

Attirer l'attention des salariés sur la désignation des bénéficiaires des garanties décès, pour permettre un versement des prestations à ces derniers dans les meilleures conditions

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 à la suite d'une révision du régime avant la prise d'effet de la modification

Prévenir les salariés, lorsqu'ils sortent du groupe assuré des conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier de la portabilité des droits ou du maintien des garanties frais de santé sous forme de contrat individuel

Répondre aux questions de l'assureur, ou du délégataire de gestion le cas échéant, 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 relatif à la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

- Pour le remboursement des frais de santé :

Il appartient aux salariés et à leurs éventuels bénéficiaires de fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé

- Pour le versement des prestations de prévoyance, en cas de sinistre :

Déclarer tout sinistre

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans les délais prévus



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances et selon les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au document contractuel signé par les parties. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale 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 83333 – 01/01/2022

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
● Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
– Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
– Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
● Honoraires paramédicaux	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Analyses et examens de laboratoire⁽²⁾			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	de 60 % à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	de 60 % à 100 % BR	140 % BR à 100 % BR	200 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie⁽³⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
● Actes de prévention⁽⁴⁾	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la santé : chiropractie, ostéopathie	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
– Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
– Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
– Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
● Matériel médical			
– Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)			
● Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
● Honoraires			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
● Forfait actes lourds⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait patient urgences⁽⁷⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire⁽⁸⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
● Frais d'accompagnement (enfant moins de 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/jour	40 €/jour
MATERNITÉ *Plafond de 1000 €/Maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*	-	100 % FR	100 % FR
● Prime de naissance⁽⁹⁾ : maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^e)	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^e)
PSYCHIATRIE			
● Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
● Honoraires			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
● Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait patient urgences⁽⁷⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Chambre particulière	60 % BR	100 € - RO	100 €

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
OPTIQUE			
Un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans ⁽¹⁰⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A) ⁽¹¹⁾			
– 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 € - RO	100 €
Verres :			
– Verre unifocal simple ⁽¹²⁾	60 % BR	160 €/ verre - RO	160 €/ verre
– Verre unifocal complexe ⁽¹²⁾	60 % BR	220 €/ verre - RO	220 €/ verre
– Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹²⁾	60 % BR	300 €/ verre - RO	300 €/ verre
– Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹²⁾	60 % BR	350 €/ verre - RO	350 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽¹¹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽¹¹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	390 % BR + 340 €/an/ bénéficiaire	450 % BR + 340 €/an/ Bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 €/an/bénéficiaire	290 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 €/œil/an/ bénéficiaire	500 €/œil/an/ bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹¹⁾	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽¹³⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
– Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹³⁾	70 % BR	410 % BR	480 % BR
– Prothèses à honoraires libres	70 % BR	410 % BR	480 % BR
– prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/ bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	300 % BR	370 % ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES⁽¹⁴⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) ⁽¹¹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• 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	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et Accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽⁵⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/ bénéficiaire
DIVERS			
• Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	135 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche réseau optique	Carte Blanche réseau optique

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

RO : remboursement obligatoire **FR** : Frais Réels

(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.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(4) 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).

(5) 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).

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

(7) 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.

(8) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire

(9) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) 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 prise en charge 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.

(11) 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.

(12) 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

(13) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (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.

(14) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance 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 réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
● Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
– Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	110 % BR	200 % BR
– Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	110 % BR	200 % BR
● Honoraires paramédicaux	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Analyses et examens de laboratoire⁽²⁾			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % à 100 % BR	110 % BR à 100 % BR	200 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie⁽³⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
● Actes de prévention⁽⁴⁾	35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la santé : chiropractie, ostéopathie	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
– Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90 % BR	10 % BR	100 % BR
– Médicaments à service médical rendu « modéré »	80 % BR	20 % BR	100 % BR
– Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
● Matériel médical			
– Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90 % ou 100 % BR	210 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Forfait actes lourds⁽⁵⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences⁽⁷⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire⁽⁸⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
● Frais d'accompagnement (enfant moins de 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/jour	40 €/jour
MATERNITÉ *Plafond de 1000 €/Maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*	-	100 % FR	100 % FR
● Prime de naissance⁽⁹⁾ : maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^e)	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^e)
PSYCHIATRIE			
● Frais de séjour	100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
● Honoraires			
– Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
– Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences⁽⁷⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
OPTIQUE			
Un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans ⁽¹⁰⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A) ⁽¹¹⁾			
– Monture	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
– Verre	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
– Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
Monture	90 % BR	100 € - RO	100 €
Verres :			
– Verre unifocal simple ⁽¹²⁾	90 % BR	160 €/verre - RO	160 €/verre
– Verre unifocal complexe ⁽¹²⁾	90 % BR	220 €/verre - RO	220 €/verre
– Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹²⁾	90 % BR	300 €/verre - RO	300 €/verre
– Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹²⁾	90 % BR	350 €/verre - RO	350 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	390 % BR + 340 €/an/ bénéficiaire	480 % BR + 340 €/an/ Bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 €/an/bénéficiaire	290 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 €/œil/an/ bénéficiaire	500 €/œil/an/ bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽¹³⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
– Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹³⁾	90 % BR	410 % BR	500 % BR
– Prothèses à honoraires libres	90 % BR	410 % BR	500 % BR
– prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	300 % BR	390 % ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES⁽¹⁴⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) ⁽¹¹⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• 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	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et Accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽⁵⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % BR ou 90 %	BR 35 % BR ou 10 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/ bénéficiaire
DIVERS			
• Transports remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche - réseau optique	Carte Blanche - réseau optique

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

RO : remboursement obligatoire **FR** : Frais Réels

(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.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(4) 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).

(5) 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).

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

(7) 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.

(8) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire

(9) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) 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 prise en charge 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.

(11) 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.

(12) 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

(13) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (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.

(14) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance 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 réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.