

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AGRI PREVOYANCE - Institution de prévoyance immatriculée en France et régie par le Code rural et de la pêche maritime - Numéro SIREN : 423959295

Produit : Régime prévoyance : Convention Nationale 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 non cadres du secteur du paysage, à la date du 1^{er} janvier 2022, dans lequel l'Institution AGRI PREVOYANCE est le seul assureur recommandé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le groupe assuré est constitué des salariés non cadres relevant de la convention collective nationale des entreprises du Paysage, ayant 12 mois d'ancienneté pour les risques incapacité de travail et rente éducation et sans condition d'ancienneté en décès.

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 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.

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

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

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.

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

Assureur : AGRI PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime - SIREN : 423959295 -N° d'agrément : 423959295



Produit : Convention Nationale 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 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. 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 non cadres du secteur du paysage, à la date du 1er janvier 2022, dans lequel l'Institution AGRI PREVOYANCE 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 de l'ensemble des salariés non cadres relevant de la convention collective nationale des entreprises du Paysage.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Hospitalisation :

Frais de séjour, honoraires (y compris dépassements), forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences, chambre particulière (y compris ambulatoire), frais d'accompagnant, frais de transport.

✓ Soins courants :

Honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, médicaments, matériel médical (hors dentaire et auditif), actes de prévention.

✓ Aide auditive :

Équipement 100% santé (classe I), autres équipements (classe II)

✓ Optique :

Équipement 100% santé (classe A), autres équipements (classe B), lentilles remboursées ou non par le régime de base, chirurgie de l'œil.

✓ Dentaire :

Soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses hors 100% santé, orthodontie remboursée ou non par le régime de base, parodontologie.

✓ Divers :

Cures thermales, prime de naissance ou d'adoption, transports remboursés par le régime de base.

Les services : (voir tableau de garanties)

Réseau de soins

Assistance



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 (EPHAD)
- ✗ 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 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.
- ! **Honoraires médicaux :** Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aides auditives :** 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 :

- ! **Médecine douce :** limite à 2 séances par an et par bénéficiaire.

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



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 les Conditions Particulières valant 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 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 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 de l'adhésion au contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution s'effectue au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Outre cette faculté de résiliation annuelle, l'entreprise adhérente peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, résilier à tout moment le contrat.

La résiliation du contrat prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu la notification par l'entreprise adhérente.

Les modalités de résiliation annuelle ou infra-annuelle par l'entreprise adhérente sont prévues à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.

| Nature des risques | Remboursements du régime de base | Remboursements complémentaires | Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) |
|---|----------------------------------|--|---|
| SOINS COURANTS | | | |
| • Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation) | 70 % BR | 30 % BR | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Honoraires paramédicaux | 60 % BR | 40 % BR | 100 % BR |
| • Analyses et examens de laboratoire | 60 % à 100 % BR | 40 % à 0 % BR | 100 % BR |
| • Radiographie | 70 % BR | 30 % BR | 100 % BR |
| • Médicaments | 15 % à 65 % BR | 85 % BR à 35 % | 100 % BR |
| • 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 |
| • Actes de prévention⁽²⁾ | 35 % à 70 % BR | de 65 % BR à 30 % BR | 100 % BR |
| • Honoraires de médecine douce 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 |
| OPTIQUE | | | |
| Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ | | | |
| • Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾ | | | |
| - Monture | 60 % BR | Frais réels - 60 % BR | Frais réels |
| - Verres | 60 % BR | Frais réels - 60 % BR | Frais réels |
| - Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé | 60 % BR | Frais réels - 60 % BR | Frais réels |
| • Autres équipements (Classe B) | | | |
| - Monture | 60 % BR | 100 € - 60 % BR | 100 € |
| - Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾ | 60% BR | 90 €/verre - 60 % BR | 90 €/verre |
| - Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾ | 60% BR | 130 €/verre - 60 % BR | 130 €/verre |
| - Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾ | 60% BR | 135 €/verre - 60 % BR | 135 €/verre |
| - Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾ | 60% BR | 150 €/verre - 60 % BR | 150 €/verre |
| • Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾ | 60% BR | Frais réels - 60 % BR | 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 et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾ | 70% BR | Frais réels - 70 % BR | Frais réels |
| • Soins (hors 100 % Santé) | 70 % BR | 100 % BR | 170 % BR |
| • Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁴⁾ | 70% BR | 200 % BR | 270 % BR |
| • Prothèses (hors 100 % Santé) | | | |
| - Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁴⁾ | 70% BR | 250 % BR | 320 % BR |
| - Inlay core ⁽⁴⁾ | 70% BR | 180 % 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 |
| • Parodontologie non remboursée par le régime de base | - | Crédit de 100 €/an/bénéficiaire | Crédit de 100 €/an/bénéficiaire |
| • Orthodontie prise en charge par le régime de base | 70 % BR ou 100 % BR | 230 % BR | 300 % BR ou 330 % BR |
| • Orthodontie non prise en charge par le régime de base | - | Crédit de 200 €/an/bénéficiaire | Crédit de 200 €/an/bénéficiaire |
| AIDES AUDITIVES | | | |
| • Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)} | 60% BR | Frais réels - 60 % BR | Frais réels |
| • Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité | 60 % BR | 1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans | 1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans |
| • Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ à partir de 21 ans | 60 % BR | 1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans | 1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans |
| • Piles et accessoires | 60 % BR | 40 % BR | 100 % BR |

| Nature des risques | Remboursements du régime de base | Remboursements complémentaires | Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) |
|---|----------------------------------|--|---|
| HOSPITALISATION | | | |
| • Frais de séjour | 80 % BR | 20 % BR | 100 % BR |
| • Honoraires | 80 % BR | 20 % BR | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Participation du patient⁽⁸⁾ | - | Frais réels | Frais réels |
| • Chambre particulière (y compris ambulatoire) | - | 50 €/jour | 50 €/jour |
| • Frais d'accompagnant | - | 25 €/jour | 25 €/jour |
| • Forfait journalier hospitalier | - | Frais réels | Frais réels |
| • Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾ | - | Frais réels | Frais réels |
| MATERNITÉ | | | |
| • Frais de séjour | 100 % BR | - | 100 % BR |
| • Honoraires | 100 % BR | - | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Prime de naissance : maternité ou adoption⁽⁹⁾ | - | 250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème}) | 250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème}) |
| • Forfait journalier hospitalier | - | Frais réels | Frais réels |
| • Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾ | - | Frais réels | Frais réels |
| PSYCHIATRIE | | | |
| • Frais de séjour | 80 % BR | 20 % BR | 100 % BR |
| • Honoraires | 80 % BR | 20 % BR | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Forfait journalier hospitalier | - | Frais réels | Frais réels |
| • Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾ | - | Frais réels | Frais réels |
| DIVERS | | | |
| • Transport pris en charge par le régime de base | 65 % BR | 35 % BR | 100 % BR |
| • Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques | - | 100€/an/bénéficiaire | 100€/an/bénéficiaire |
| • Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base | - | Crédit 40 €/an/bénéficiaire | Crédit 40 €/an/bénéficiaire |
| • Assistance | - | OUI | OUI |
| • Réseau de soins | - | OUI | OUI |

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(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) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) 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 deux 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 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 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. 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.

(5) 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

(6) 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 en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) 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.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) 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.

| Nature des risques | Remboursements du régime de base | Remboursements complémentaires | Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) |
|--|----------------------------------|--|---|
| SOINS COURANTS | | | |
| • Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation) | 90 % BR | 10 % BR | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Honoraires paramédicaux | 90 % BR | 10 % BR | 100 % BR |
| • Analyses et examens de laboratoire | 90 % à 100 % BR | 10 % à 0 % BR | 100 % BR |
| • Radiographie | 90 % BR | 10 % BR | 100 % BR |
| • Médicaments | 15 % à 90 % BR | 85 % BR à 10 % BR | 100 % BR |
| • Matériel médical | | | |
| - Fournitures médicales, pansements | 90 % BR | 100 % FR - 90 % BR | 100 % FR |
| - Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses | 90 % BR à 100 % BR | 210 % BR | 300 % BR à 310 % BR |
| • Actes de prévention⁽²⁾ | 35% à 90 % BR | de 65 % BR à 10 % BR | 100 % BR |
| • Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropraxie, ostéopathie) | - | 20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire | 20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire |
| OPTIQUE | | | |
| Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ | | | |
| • Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾ | | | |
| - Monture | 90 % BR | Frais réels - 90 % BR | Frais réels |
| - Verres | 90 % BR | Frais réels - 90 % BR | Frais réels |
| - Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé | 90 % BR | Frais réels - 90 % BR | Frais réels |
| • Autres équipements (Classe B) | | | |
| - Monture | 90 % BR | 100 € - 90 % BR | 100 € |
| - Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾ | 90% BR | 90 €/verre - 90 % BR | 90 €/verre |
| - Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾ | 90% BR | 130 €/verre - 90 % BR | 130 €/verre |
| - Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾ | 90% BR | 135 €/verre - 90 % BR | 135 €/verre |
| - Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾ | 90% BR | 150 €/verre - 90 % BR | 150 €/verre |
| • Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾ | 90% BR | Frais réels - 90 % BR | Frais réels |
| • Lentilles remboursées par le régime de base | 90 % BR | 10 % +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 et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾ | 90% BR | Frais réels - 90 % BR | Frais réels |
| • Soins (hors 100 % Santé) | 90 % BR | 80 % BR | 170 % BR |
| • Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁶⁾ | 90% BR | 180 % BR | 270 % BR |
| • Prothèses (hors 100 % Santé) | | | |
| - Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾ | 90% BR | 230 % BR | 320 % BR |
| - Inlay core ⁽⁶⁾ | 90% BR | 160 % 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 |
| • Parodontologie non remboursée par le régime de base | - | Crédit de 100 €/an/bénéficiaire | Crédit de 100 €/an/bénéficiaire |
| • Orthodontie prise en charge par le régime de base | 90 % BR ou 100 % BR | 230 % BR | 320 % BR ou 330 % BR |
| • Orthodontie non prise en charge par le régime de base | - | Crédit de 200 €/an/bénéficiaire | Crédit de 200 €/an/bénéficiaire |
| AIDES AUDITIVES | | | |
| • Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)} | 90% BR | Frais réels - 90 % BR | Frais réels |
| • Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité | 90 % BR | 1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans | 1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans |
| • Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ à partir de 21 ans | 90 % BR | 1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans | 1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans |
| • Piles et accessoires | 90 % BR | 10 % BR | 100 % BR |

| Nature des risques | Remboursements du régime de base | Remboursements complémentaires | Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) |
|--|----------------------------------|--|---|
| HOSPITALISATION | | | |
| • Frais de séjour | 100 % BR | - | 100 % BR |
| • Honoraires | 100 % BR | - | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Participation du patient ⁽⁸⁾ | 100% FR | - | Frais réels |
| • Chambre particulière (y compris ambulatoire) | - | 50 €/jour | 50 €/jour |
| • Frais d'accompagnant | - | 25 €/jour | 25 €/jour |
| • Forfait journalier hospitalier | 100 % FR | - | Frais réels |
| • Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾ | 100 % FR | - | Frais réels |
| MATERNITÉ | | | |
| • Frais de séjour | 100 % BR | - | 100 % BR |
| • Honoraires | 100 % BR | - | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽⁹⁾ | - | 250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème}) | 250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème}) |
| • Forfait journalier hospitalier | 100 % FR | - | Frais réels |
| • Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾ | 100 % FR | - | Frais réels |
| PSYCHIATRIE | | | |
| • Frais de séjour | 100 % BR | - | 100 % BR |
| • Honoraires | 100 % BR | - | 100 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 220 % BR | 220 % BR |
| - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ | - | 100 % BR | 100 % BR |
| • Forfait journalier hospitalier | 100 % FR | - | Frais réels |
| • Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾ | 100 % FR | - | Frais réels |
| DIVERS | | | |
| • Transport pris en charge par le régime de base | 100 % BR | - | 100 % BR |
| • Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques | - | 100 €/an/bénéficiaire | 100 €/an/bénéficiaire |
| • Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base | - | Crédit 40 €/an/bénéficiaire | Crédit 40 €/an/bénéficiaire |
| • Assistance | - | OUI | OUI |
| • Réseau de soins | - | OUI | OUI |

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(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) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) 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 deux 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 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 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. 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.

(5) 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

(6) 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 en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) 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.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) 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.