

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 2020, 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

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 frais de santé : 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. 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 non cadres du secteur du paysage, à la date du 1^{er} janvier 2020, 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 des salariés non cadres relevant de la convention collective nationale des entreprises du Paysage.

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

✓ **Médecine de ville :** Consultation médecin, auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire, radiologie, actes techniques, médecines douces.

✓ **Pharmacie :** remboursée ou non par le régime de base (pilules contraceptives, substituts nicotinique, vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base).

✓ **Optique :** Verres et monture, lentilles remboursées ou non, chirurgie réparatrice de l'œil.

✓ **Dentaire :** Soins dentaires et honoraires, prothèses dentaires remboursées ou non, parodontologie, orthodontie remboursée ou non.

✓ **Autres prothèses :** Prothèses auditives remboursées, petits et gros appareillage, orthopédie, fournitures médicales et pansements, autres prothèses (hors dentaire et auditive).

✓ **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 mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
- ! **Honoraires médicaux :** Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Aides auditives :** A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **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 :

Informé 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

Informé 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.

Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle

Nature des risques

Soins courants

- **Honoraires médicaux** (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)
 - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)
 - Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)
- **Honoraires paramédicaux**
- **Analyses et examens de laboratoire**
- **Radiographie**
- **Médicaments**
- **Matériel médical**
 - Fournitures médicales, pansements
 - Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses
- **Actes de prévention (2)**
- **Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé**(chiropractie, ostéopathie)

Optique

Equipements verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans (3)

- **Equipements 100% Santé (Classe A) (4)**
 - Monture
 - Verres
 - Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé
- **Autres équipements (Classe B)**
 - Monture
 - Verres unifocaux simples (5)
 - Verres unifocaux complexes (5)
 - Verres multifocaux ou progressifs complexes (5)
 - Verres multifocaux ou progressifs très complexes (5)
- **Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre (4)**
- **Lentilles remboursées par le régime de base**
- **Lentilles non remboursées par le régime de base**
- **Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base**

Dentaire

- **Soins et prothèses 100% Santé (4) (6)**
- **Soins** (hors 100% Santé)
- **Inlay Onlay (hors 100% Santé) (7)**
- **Prothèses** (hors 100% Santé)
 - Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core (7)
 - Inlay core (7)
 - **Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base** (hors inlays core)
- **Parodontologie non remboursée par le régime de base**
- **Orthodontie prise en charge par le régime de base**
- **Orthodontie non prise en charge par le régime de base**

Aides auditives

- **Equipements 100% Santé (Classe I) (4) (8)**
- **Aides auditives hors 100% Santé (Classe II) (8)** jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité
- **Aides auditives hors 100% Santé (Classe II) (8)** à partir de 21 ans
- **Piles et accessoires**

Hospitalisation

- **Frais de séjour**
- **Honoraires**
 - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)
 - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)
- **Participation du patient (9)**
- **Chambre particulière (y compris ambulatoire)**
- **Frais d'accompagnant**
- **Forfait journalier hospitalier**

Maternité

- **Frais de séjour**
- **Honoraires**
 - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)
 - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)
- **Prime de naissance : maternité ou adoption (10)**
- **Forfait journalier hospitalier**

Psychiatrie

- **Frais de séjour**
- **Honoraires**
 - Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)
 - Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)
- **Forfait journalier hospitalier**

Divers

- **Transport pris en charge par le régime de base**
- **Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base :** médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques
- **Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base**
- **Assistance**
- **Réseau de soins**

Remboursements du régime de base

70% BR
-
-
60% BR
60% à 100% BR
70% BR
15% à 65% BR
60% BR
60% BR à 100% BR
35% à 70% BR
-

60% BR
60% BR
60% BR
60% BR
60% BR
60% BR
60% BR
60% BR
60% BR
-
-

70% BR
70% BR
70% BR
70% BR
70% BR
70% BR
-
-
70% BR ou 100% BR
-

60% BR
60% BR
60% BR
60% BR

80% BR
80% BR
-
-
-
-
-
-

100% BR
100% BR
-
-
-
-
-

80% BR
80% BR
-
-
-

65% BR
-
-
-
-

Remboursements complémentaires

30% BR
220% BR
100% BR
40% BR
40% à 0% BR
30% BR
85% BR à 35%
100% FR - 60% BR
240% BR
de 65% BR à 30% BR
20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire

Frais réels - 60% BR
Frais réels - 60% BR
Frais réels - 60% BR
100 € - 60% BR
90 € / verre - 60% BR
130 € / verre - 60% BR
135 € / verre - 60% BR
150 € / verre - 60% BR
Frais réels - 60% BR
40% BR +135 € / an
Crédit de 175 € / an / bénéficiaire
Crédit de 250 € / an / œil / bénéficiaire

Frais réels - 70% BR
100% BR
200 % BR
250% BR
180% BR
Crédit de 215 € / an / bénéficiaire
Crédit de 100 € / an / bénéficiaire
230% BR
Crédit de 200 € / an / bénéficiaire

Frais réels - 60% BR
1 700€ - RO/ oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
1 700€ - RO/ oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
40% BR

20% BR
20% BR
220% BR
100% BR
Frais réels
50 € / jour
25 € / jour
Frais réels

-
-
220% BR
100% BR
250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)
Frais réels

20% BR
20% BR
220% BR
100% BR
Frais réels

35% BR
100€ / an / bénéficiaire
Crédit 40 € / an / bénéficiaire
OUI
OUI

Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)

100% BR
220% BR
100% BR
100% BR
100% BR
100% BR
100% BR
100% FR
300% BR à 340% BR
100% BR
20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire

Frais réels
Frais réels
Frais réels
100 €
90 € / verre
130 € / verre
135 € / verre
150 € / verre
Frais réels
100% BR + 135 € / an
Crédit de 175 € / an / bénéficiaire
Crédit de 250 € / an / œil / bénéficiaire

Frais réels
170% BR
270 % BR
320% BR
250% BR
Crédit de 215 € / an / bénéficiaire
Crédit de 100 € / an / bénéficiaire
300% BR ou 330% BR
Crédit de 200 € / an / bénéficiaire

Frais réels
1 700 € / oreille/ bénéficiaire tous les 4 ans
1 700 € / oreille/ bénéficiaire tous les 4 ans
100% BR

100% BR
100% BR
220% BR
100% BR
Frais réels
50 € / jour
25 € / jour
Frais réels

100% BR
100% BR
220% BR
100% BR
250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)
Frais réels

100% BR
100% BR
220% BR
100% BR
Frais réels

100% BR
100€ / an / bénéficiaire
Crédit 40 € / an / bénéficiaire
OUI
OUI

(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 \leq +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 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 \geq 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 \leq +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 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 \geq 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(6) 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 pris en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(7) 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.

(8) A compter du 1er janvier 2021, 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.

(9) 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 €.

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

Tableau des prestations santé Alsace-Moselle

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 (chiropractie, ostéopathie)	-	20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire	20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire
Optique			
Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans (3)			
• Equipements 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) (6)			
• Soins (hors 100% Santé)	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
• Inlay Onlay (hors 100% Santé) (7)	90% BR	80% BR	170 % BR
• Prothèses (hors 100% Santé)	90% BR	180 % BR	270 % BR
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core (7)	90% BR	230% BR	320% BR
- Inlay core (7)	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			
• Equipements 100% Santé (Classe I) (4) (8)			
• Aides auditives hors 100% Santé (Classe II) (8) jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
	90% 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) (8) à partir de 21 ans	90% BR	1 700€ - RO/ oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 € / oreille/ bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	90% BR	10% BR	100% BR
Hospitalisation			
• Frais de séjour			
• Honoraires	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
• Participation du patient (9)	-	100% BR	100% BR
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	100% FR	-	Frais réels
• Frais d'accompagnant	-	50 € / jour	50 € / jour
• Forfait journalier hospitalier	-	25 € / jour	25 € / jour
	100% FR	-	Frais réels
Maternité			
• Frais de séjour			
• Honoraires	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
	-	100% BR	100% BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption (10)	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)	250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)
• Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	Frais réels
Psychiatrie			
• Frais de séjour			
• Honoraires	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
• Forfait journalier hospitalier	-	100% BR	100% BR
	100% FR	-	Frais réels
Divers			
• Transport pris en charge par le régime de base			
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	100% BR	-	100% BR
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	100€ / an / bénéficiaire	100€ / an / bénéficiaire
• Assistance	-	Crédit 40 € / an / bénéficiaire	Crédit 40 € / an / bénéficiaire
• Réseau de soins	-	OUI	OUI
	-	OUI	OUI

(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 \leq +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 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 \geq 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 \leq +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 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 \geq 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(6) 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 pris en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(7) 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.

(8) A compter du 1er janvier 2021, 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.

(9) 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 €.

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

Réf: 83475– 01/2020