

La présente garantie répond aux dispositions relatives aux contrats responsables. Seules sont retenues les dépenses afférentes à des actes donnant lieu à remboursement par la Sécurité sociale, sauf exception mentionnée ci-après. Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge, le cas échéant après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires, dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation relative aux contrats responsables.

Leurs montants sont exprimés en % de la base de remboursement ou en euros, y compris le remboursement de la Sécurité sociale.



Sécurité sociale
(en% de la BR)

Niveau 1

NATURE DES PRESTATIONS

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	Consultation et visite généraliste (hors hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
	Consultation et visite généraliste, sage-femme (hors hospitalisation)	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
	Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
	Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
	Actes d'imagerie médicale	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	Analyses et examens de laboratoire		60%	100% BR
Honoraires paramédicaux	Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes)		60%	100% BR
Matériel médical	Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue au L.165-1 du Code de la Sécurité sociale (hors aides auditives et prothèses dentaires)		60%	100% BR
	Prothèses capillaires		60%	100% BR
Médicaments	Médicaments remboursés (y compris vaccins)		15%, 30% ou 65%	100% BR
Transport	Transport (hors hospitalisation et cure thermale)		65%	100% BR

HOSPITALISATION (Y COMPRIS FRAIS D'ACCOUCHEMENT)

Honoraires	Consultation et actes techniques	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	100% BR
		Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	100% BR
Frais de séjour	Frais de séjour en secteur conventionné ou non		80% ou 100%	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)		-	100% FR
Transport	Transport		65%	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale	Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽²⁾		-	-
	Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant bénéficiaire de moins de 17 ans ⁽²⁾		-	-

DENTAIRE



Soins	Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)		70%	100% BR
	Inlays-onlays		70%	125% BR
	Actes techniques		70%	100% BR
100% santé Prothèses 100% santé ⁽⁴⁾	Prothèses 100% santé		70%	100% HLF
Prothèses hors 100% santé ⁽⁴⁾	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés		70%	125% BR dans la limite des HLF
	Prothèses dentaires à tarifs libres		70%	125% BR
Orthodontie	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100%	200% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale	Inlays-onlays et prothèses dentaires ⁽²⁾		-	-

OPTIQUE



100% santé Équipements 100% santé ⁽⁴⁾	Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appariage et suppléments	60%	100% PLV
Équipements hors 100% santé ⁽⁴⁾	Classe B : équipement verres et monture (dont 100 € maximum au titre de la monture)	60%	Voir grille optique ci-dessous
Suppléments	Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres	60%	100% BR
	Autres suppléments	60%	100% BR
Lentilles correctrices	Lentilles correctrices, adaptation et produit d'entretien pour lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale	60%	100% BR + 50 € ⁽³⁾
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale	Chirurgie réfractive ⁽²⁾	-	-

Équipement

100% santé Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.

Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera la composante :
- classe A, à hauteur du prix limite de vente ;
- classe B, à hauteur de la garantie « Équipement hors 100% santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture.

Les dispositifs de classe A et de classe B sont définis au chapitre 2 du Titre II de la liste des produits et

prestations prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

100% santé Délais de renouvellement de l'équipement

Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :
- **24 mois** pour les bénéficiaires de **16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;**
- **12 mois** pour les bénéficiaires de **moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;**
- **6 mois** pour les bénéficiaires **jusqu'à 6 ans, en**

cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :

- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ;
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.

Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

Grille optique Nature des prestations ⁽⁷⁾	Équipement avec 2 verres simples	60%	100 €
	Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	150 €
	Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	60%	150 €
	Équipement avec 2 verres complexes	60%	200 €
	Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60%	200 €
	Équipement avec 2 verres très complexes	60%	200 €

AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾

100% santé Délais de renouvellement : Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse une aide auditive par oreille **tous les 48 mois** à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.

100% santé Jusqu'au 31.12.2020 - Équipements	Aide auditive classe I ou II	60%	100% BR
100% santé À compter du 01.01.2021 - Équipements 100% santé ⁽⁴⁾	Aide auditive classe I	60%	100% PLV
À compter du 01.01.2021 - Équipements hors 100% santé ⁽⁴⁾	Aide auditive classe II	60%	100% BR
Consommables, piles et accessoires	Consommables, piles et accessoires des aides auditives classe I et II	60%	100% BR

NAISSANCE ET ADOPTION

Naissance et adoption	Allocation forfaitaire en cas de naissance et/ou d'adoption, par enfant	-	-
-----------------------	---	---	---

CURE MÉDICALE

Cure thermale	Cure thermale (traitement thermal, hébergement et transport)	65%	100% BR
---------------	--	-----	---------

FORFAIT ACTES LOURDS

Forfait actes lourds	Non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du Code de la Sécurité sociale	-	100% FR
----------------------	---	---	---------

LISTE AUDIENS BIEN-ÊTRE SANTÉ

Orthodontie adulte	Orthodontie adulte	-	-
Implant dentaire	Implant dentaire (chirurgie et connectique implantaires)	-	-
Audiens Bien-être Santé	Prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité sociale figurant sur la liste Audiens Bien-être Santé	-	-

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente.

(1) DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévus par la Convention nationale médicale du 25 août 2016.

(2) Sur prescription médicale et présentation d'une facture au nom du bénéficiaire.

(3) Par an et par bénéficiaire.

(4) Tel(le)s que défini(e)s réglementairement notamment au sein du Code de la Sécurité sociale, à l'article R.871-2, aux points 3° pour l'optique, 4° pour les aides auditives et 5° pour les prothèses dentaires.

(7) Conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

