



Prestations au 1er janvier 2023

La présente garantie répond aux dispositions relatives aux contrats responsables. 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. **Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les lentilles correctrices et la cure thermale.**

Nature des prestations ⁽⁴⁾		Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau 5
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	250% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	200% BR
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	250% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	200% BR
Actes d'imagerie médicale	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	250% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	70%	200% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire		60%	250% BR
Honoraires paramédicaux			
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes)		60%	250% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue partenaire de l'annuaire « MonPsy » ⁽⁷⁾		60%	100 % BR dans la limite d'un entretien d'évaluation et de 7 séances de suivi par année civile et par bénéficiaire
Matériel médical			
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue au L.165-1 code de la Sécurité sociale (hors aides auditives)		60%	250% BR
Médicaments			
Médicaments remboursés à 30% ou 65% (y compris vaccins)		30% ou 65%	100% BR
Médicaments remboursés à 15%		15%	100% BR
Transport			
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)		65%	125% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale			
Psychothérapie (réalisée par un psychologue clinicien immatriculé aux répertoires ADELI ou RPPS) ⁽²⁾		-	20 € /consultation (5 consultations max.)(3)
HOSPITALISATION			
Honoraires			
Actes techniques (y compris hospitalisation à domicile)	Si votre médecin adhère aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	300% BR
	Si votre médecin n'adhère pas aux DPTAM ⁽¹⁾	80% ou 100%	200% BR
Frais de séjour			
Frais de séjour en secteur conventionné		80% ou 100%	300% BR
Frais de séjour en secteur non conventionné		80% ou 100%	200% BR
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (établissements médico-sociaux exclus)		-	100% FR

Nature des prestations ⁽⁴⁾	Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau 5
Transport		
Transport	65%	125% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale		
Chambre particulière avec ou sans nuitée	-	70 € /jour
Lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans, conjoint, concubin ou pacsé	-	25 €/ jour limité à 20 jours (3)
DENTAIRE		
Soins		
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)	70%	300% BR
Actes techniques	70 ou 100%	200% BR
Soins et prothèses 100% santé ⁽⁴⁾		
Prothèses 100% santé	70%	100% HLF
Soins et prothèses hors 100% santé ⁽⁴⁾		
Inlays-onlays à tarifs maîtrisés	70%	300% BR dans la limite des HLF
Inlays-onlays à tarifs libres	70%	300% BR
Dans la limite d'un plafond global de 2 200 € ⁽³⁾ . Au-delà, le remboursement est égal à 100% BR.	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	70%
	Prothèses dentaires à tarifs libres	70%
Orthodontie		
Orthodontie	100%	300% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires, implantologie dentaire (connectique et chirurgie), parodontologie et orthodontie adulte et enfant ⁽⁵⁾	-	250
OPTIQUE ⁽⁶⁾		
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	60%	Voir grille optique page suivante
Suppléments		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale des verres	60%	100% BR
Autres suppléments	60%	100% BR
Lentilles correctrices		
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60%	150 € (5) Au-delà, prise en charge uniquement des lentilles correctrices
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale		
Chirurgie réfractive	-	Liste Audiens Bien-être Santé
AIDES AUDITIVES ⁽⁶⁾		
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. Ce délai court séparément pour chacune des aides.		
Équipements 100% santé ⁽⁴⁾		
Aide auditive classe I	60%	100% PLV

Nature des prestations ⁽⁴⁾	Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau 5
Équipements hors 100% santé ⁽⁴⁾		
Aide auditive classe II	60%	250% BR Le cumul des remboursements de l'Institution et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € par aide auditive.
Consommables, piles et accessoires		
Consommables, piles et accessoires des aides auditives	60%	250% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale		
Aide auditive ^{(2) (5)}	-	350 €
CURE MÉDICALE		
Cure thermale (traitement thermal, hébergement et FORFAIT ACTES LOURDS)	65%	300 €
FORFAIT PATIENT		
Forfait patient urgences		
Non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale	-	100% FR
LISTE AUDIENS BIEN-		
Prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité sociale figurant sur la liste Audiens Bien-être Santé. Pour faire l'objet d'un remboursement, la prise en charge de ces frais ne doit pas être prévue sous une autre rubrique du présent tableau de prestations. ⁽²⁾	-	50% des dépenses réelles dans la limite de 300 € (5)

DÉTAIL GRILLE OPTIQUE

Équipement

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.

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.

Nature des prestations ⁽⁴⁾	Sécurité sociale (en% de la BR)	Niveau 5
Équipement avec 2 verres simples	60%	220
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	305
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	60%	305
Équipement avec 2 verres complexes	60%	425
Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60%	425
Équipement avec 2 verres très complexes	60%	425
Dont monture	-	100

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

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. La liste Audiens Bien-être Santé peut être modifiée par Audiens Santé Prévoyance, à tout moment et sans information préalable des bénéficiaires, notamment pour l'adapter à l'évolution des textes de la Sécurité sociale. Dans ce cas, la nouvelle liste remplacera la précédente et s'appliquera immédiatement quelle que soit la date de la demande de prise en charge.
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.
5. Montant global par an et par bénéficiaire.
6. Conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.
7. Conformément aux dispositions prévues à l'article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale. www.monparcourspsy.sante.gouv.fr