



## AVENANT A LA NOTICE D'INFORMATION

à effet du **1<sup>er</sup> Janvier 2020**

au contrat d'adhésion n° **Numéro\_contrat**

Souscrit par **Raison\_sociale\_Entreprise**

\_\_\_\_\_

*Le présent avenant modifie la Notice d'information destinée à l'Ensemble du personnel du régime Frais de Santé EEP SANTE.  
Il intègre les modifications de l'avenant n° 2 du 13 novembre 2019 à l'Accord collectif du 18 juin 2015.*

**Le TITRE II – GARANTIE FRAIS DE SANTE est modifié comme suit :**

---

### **Article 22 - COUVERTURE**

**Les remboursements présentés ci-après sont les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE et des OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES. Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.**

**Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale.**


**MONTANT DES PRESTATIONS**

	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
<b>Hospitalisation (y compris frais de maternité)</b>				
Frais de séjour	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
Honoraires				
(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile).				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)</b>	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>Chambre particulière (y compris maternité) par jour</b>	-	1,5 % PMSS <sup>1</sup>	2,5 % PMSS <sup>1</sup>	3,5 % PMSS <sup>1</sup>
<b>Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)</b>	-	1 % PMSS <sup>1</sup>	2 % PMSS <sup>1</sup>	2 % PMSS <sup>1</sup>
<sup>1</sup> PMSS en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour de l'hospitalisation				
<b>Maternité</b>				
<b>Forfait maternité – montant par enfant (y compris en cas d'adoption)</b>	5 % PMSS <sup>2</sup>	10 % PMSS <sup>2</sup>	15 % PMSS <sup>2</sup>	20 % PMSS <sup>2</sup>
<sup>2</sup> PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption				

**MONTANT DES PRESTATIONS**

		REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
		Responsable			
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% Santé*</b>		100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF
<b>Soins (Hors 100% Santé)</b>					
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale		100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)		-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
<b>Prothèses (Hors 100 % Santé)</b>					
<b>Panier Maîtrisé **</b>					
Prothèses fixes : (couronnes et bridges)		100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires		100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlay Core		100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlays onlays d'obturation :					
Jusqu'au 31 décembre 2020		100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
A partir du 1er janvier 2021		100 % TM dans la limite des HLF	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
<b>Panier Libre ***</b>					
Prothèses fixes (couronnes et bridges)		100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires		100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Inlays Core		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
Inlays onlays d'obturation		100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
<b>Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)</b>	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
<b>Implantologie dentaire</b>				
Par implant	-	100 €	450 €	800 €

**\*Soins et prothèses 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

**\*\* Panier Maitrisé :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

**\*\*\* Panier Libre :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

## Soins courants

### Honoraires médicaux

Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
<b>Imagerie médicale</b>				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
<b>Médicaments</b>				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
<b>Médicaments</b>				
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
<b>Vaccins</b>				
prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire
<b>Matériel Médical</b>				
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

### Médecines non conventionnelles

Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance

50 Euros	50 Euros	50 Euros	50 Euros
Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur
Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur
Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans
Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe
Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe
Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue
3 séances	3 séances	4 séances	5 séances

dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :

**Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le N° ADELI ou le N° FINESS du praticien sera demandé.**

### Aides auditives

#### Jusqu'au 31 décembre 2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
+ Forfait / oreille / an et par bénéficiaire	200 Euros	200 Euros	300 Euros	300 Euros
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

**Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :**

- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
- o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

A partir du 1er janvier 2021					
<b>Equipements 100% Santé* - Classe 1</b>		100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
<b>Equipements à tarifs libres – Classe 2</b>					
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus		600 Euros - MR	600 Euros - MR	700 Euros - MR	700 Euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)		1600 Euros - MR	1600 Euros - MR	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale		100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

**Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.**

**\*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).**

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

## Prévention

1 Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

100 % TM

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- . Coqueluche : avant 14 ans ;
- . Hépatite B : avant 14 ans ;
- . BCG : avant 6 ans ;
- . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- . Haemophilus influenzae B ;
- . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques

**MONTANT DES PRESTATIONS**

**REGIME SOCLE**

**SOCLE + Option 1**

**SOCLE + Option 2**

**SOCLE + Option 3**

**Responsable**

**Optique**

**Verres et monture**

<b>Equipements 100% Santé - Classe A (*) (***)</b>		100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
--	---	--	--	--	--

**Equipements libres – Classe B (\*\*\*) (\*\*\*)**

**Grille optique - Verres et monture à tarifs libres**

Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre
<b>Unifocal</b>	<b>Sphérique</b>	SPH de -6 à +6 <sup>(1)</sup>	60 Euros -MR	80 Euros -MR	90 Euros -MR	110 Euros -MR
		SPH < à -6 ou > à +6	80 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
	<b>Sphéro cylindrique</b>	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à +4	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à +6	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à +6	75 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH < à -6 et CYL > ou = à +0,25	80 Euros -MR	100 Euros -MR	110 Euros -MR	130 Euros -MR
		SPH de -6 à 0 et CYL > à +4	100 Euros -MR	120 Euros -MR	130 Euros -MR	150 Euros -MR
<b>Progressif et Multifocal</b>	<b>Sphérique</b>	SPH de -4 à +4	130 Euros -MR	150 Euros -MR	190 Euros -MR	210 Euros -MR
		SPH < à -4 ou > à +4	150 Euros -MR	170 Euros -MR	210 Euros -MR	230 Euros -MR
	<b>Sphéro cylindrique</b>	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à +4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à +8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH de -8 à 0 et CYL > à +4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à +8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH < à -8 et CYL > ou = à +0,25	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
<b>Monture</b>			50 Euros - MR	75 Euros - MR	100 Euros - MR	100 Euros - MR

<sup>(1)</sup> Le verre neutre est compris dans cette classe

<sup>(\*) Equipements 100% Santé – Classe A :</sup>

Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

### **(\*\*\*) Equipements libres – Classe B :**

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

### **(\*\*\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement :**

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
  - glaucome ;
  - hypertension intraoculaire isolée ;
  - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
  - rétinopathie diabétique ;
  - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
  - cataracte évolutive à composante réfractive ;
  - tumeurs oculaires et palpébrales ;
  - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
  - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
  - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
  - kératocône évolutif ;
  - kératopathies évolutives ;
  - dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ;
  - antipaludéens de synthèse ;
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1 Responsable	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
<b>Autres postes optique</b>				
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS <sup>4</sup>	3 % PMSS <sup>4</sup>	5 % PMSS <sup>4</sup>	8 % PMSS <sup>4</sup>
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10 % PMSS <sup>5</sup>	25 % PMSS <sup>5</sup>	25 % PMSS <sup>5</sup>
<sup>4</sup> PMSS en vigueur au jour de la dépense				
<sup>5</sup> PMSS en vigueur au jour de l'intervention				
<b>Autres postes</b>				
<b>Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire</b>	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
<b>Cures Thermales</b>	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5 % PMSS <sup>3</sup>	10 % PMSS <sup>3</sup>	15 % PMSS <sup>3</sup>
<sup>3</sup> PMSS en vigueur au 1 <sup>er</sup> jour de la cure				

## Pour mieux comprendre les garanties

**DPTM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

**PMSS** = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

**MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

**BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

**TM** = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

**EUROS - MR** = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

**PLV** = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**

**FR-MR** = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

**BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

**HLF** = **Les Honoraires Limites de Facturation** correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

**FR** = Frais réels.

## Article 24 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

### Dans tous les cas :

- Originaux des décomptes des prestations servies par la Sécurité Sociale ou pièces numérisées, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles
- La prescription médicale,
- Le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,
- Les pièces justificatives si le montant des frais réels ne figure pas sur le volet de décompte de la Sécurité Sociale. (\*)

### (\*) Elles sont indispensables dans les cas suivants :

- Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :  
Selon la facturation dont relève l'établissement :
  - le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
  - l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
  - l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.

- Pharmacie : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité Sociale : la prescription médicale et l'original de la facture.
- Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité Sociale et prescrits par un médecin : la prescription médicale et l'original de la facture.
- Autres postes (auditif, appareillage et prothèses diverses autres que dentaires, ...) : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture détaillée ou la photocopie de la feuille de soins.
- Soins dentaires / Inlays onlays d'obturation : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.
- Prothèses dentaires / Orthopédie dento-faciale / Actes de parodontologie / Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité Sociale :
  - la photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
  - l'original de la facture et/ou note d'honoraires détaillées et acquittées de tous les actes pratiqués (partie prise en charge et partie non prise en charge, numéro des dents soignées),
- Lunettes : l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le numéro des verres, le coût et la marque des verres et de la monture, la correction visuelle et le type de verre,
- Lentilles de contact correctrices :
  - l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le coût et la marque des lentilles,
  - l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale.
- Opération de l'œil : l'original de la facture
- Maternité :
  - l'original de la facture,
  - copie de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être expressément demandée à votre Service du Personnel).
- Adoption : une copie du jugement d'adoption plénière.

● Cures thermales :

- l'original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- l'original du décompte de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure ou pièce numérisée,
- l'attestation de séjour en cure indiquant la durée du séjour.

● Prévention :

- l'original du décompte de la Sécurité Sociale, en ce qui concerne les vaccins ou actes pris en charge par cet organisme,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale
- la note d'honoraires et/ou l'original de la facture, en ce qui concerne la consultation du diététicien.

● Médecines non conventionnelles : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien.

L'organisme recommandé se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

---

**Les présents aménagements s'appliquent à compter du 01/01/2020.**

Fait à Blois, le 4 mai 2020.

## Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

### Exemples normés

REGIME SOCLE	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	<b>0,00 €</b>	20,00 €	<b>0,00 €</b>	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés ( <b>adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	<b>0,00 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	105,51 €	<b>77,79 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	325,82 €	<b>1 192,11 €</b>	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Dentaire</b>					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	276,00 €	<b>178,70 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	247,25 €	<b>216,20 €</b>	
<b>Soins courants</b>					
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste sans dépassement</b> d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	7,50 €	<b>26,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	6,90 €	<b>58,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie sans dépassement</b> d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	<b>15,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Soins courants (suite)</b>					
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	<b>34,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un <b>professeur</b> en médecine avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	20,70 €	<b>262,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Aides auditives</b>					
<b>Aide auditive</b> de classe I par oreille ( <b>équipement 100% santé</b> )	1 100,00 €	210,00 €	340,00 €	<b>550,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	1 476,00 €	210,00 €	340,00 €	<b>926,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	2 000,00 €	210,00 €	340,00 €	<b>1 450,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Optique</b>					
<b>Équipement optique</b> de classe A (monture + verres) de verres unifocaux ( <b>équipement 100% santé</b> )	125,00 €	22,50 €	102,50 €	<b>0,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte
<b>Équipement optique</b> de classe B à <b>tarifs libres</b> (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	169,91 €	<b>175,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 100€ et 2 verres au tarif de 245€ (Hors Réseau)

SOCLE + OPTION 1	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	<b>0,00 €</b>	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés ( <b>adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	<b>0,00 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	105,51 €	<b>77,79 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	325,82 €	<b>1 192,11 €</b>	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Dentaire</b>					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	366,00 €	<b>88,70 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	327,88 €	<b>135,58 €</b>	
<b>Soins courants</b>					
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste sans dépassement</b> d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	20,00 €	<b>13,50 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	13,80 €	<b>51,10 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie sans dépassement</b> d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	16,10 €	<b>24,80 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un <b>professeur</b> en médecine avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	48,30 €	<b>234,40 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Aides auditives</b>					
<b>Aide auditive</b> de classe I par oreille ( <b>équipement 100% santé</b> )	1 100,00 €	210,00 €	340,00 €	<b>550,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	1 476,00 €	210,00 €	340,00 €	<b>926,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	2 000,00 €	210,00 €	340,00 €	<b>1 450,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Optique</b>					
<b>Équipement</b> optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux ( <b>équipement 100% santé</b> )	125,00 €	22,50 €	102,50 €	<b>0,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte
<b>Équipement</b> optique de classe B à <b>tarifs libres</b> (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	234,91 €	<b>110,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 100€ et 2 verres au tarif de 245€ (Hors Réseau)

SOCLE + OPTION 2	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	<b>0,00 €</b>	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés ( <b>adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	<b>0,00 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	<b>0,00 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	1 030,07 €	<b>487,86 €</b>	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Dentaire</b>					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	396,00 €	<b>58,70 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	354,75 €	<b>108,70 €</b>	
<b>Soins courants</b>					
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste sans dépassement</b> d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	20,00 €	<b>13,50 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	13,80 €	<b>51,10 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie sans dépassement</b> d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	25,30 €	<b>15,60 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un <b>professeur</b> en médecine avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	75,90 €	<b>206,80 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Aides auditives</b>					
<b>Aide auditive</b> de classe I par oreille ( <b>équipement 100% santé</b> )	1 100,00 €	210,00 €	440,00 €	<b>450,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	1 476,00 €	210,00 €	440,00 €	<b>826,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	2 000,00 €	210,00 €	440,00 €	<b>1 350,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Optique</b>					
<b>Équipement optique</b> de classe A (monture + verres) de verres unifocaux ( <b>équipement 100% santé</b> )	125,00 €	22,50 €	102,50 €	<b>0,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte
<b>Équipement optique</b> de classe B à <b>tarifs libres</b> (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	279,91 €	<b>65,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 100€ et 2 verres au tarif de 245€ (Hors Réseau)

SOCLE + OPTION 3	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	<b>0,00 €</b>	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés ( <b>adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	<b>0,00 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	<b>0,00 €</b>	Opération de la cataracte (acte BFGA427) Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Honoraires du chirurgien</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500,00 €	982,07 €	1 030,07 €	<b>487,86 €</b>	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031). Y compris remboursement du forfait acte lourd pris en charge par votre complémentaire (24€)
<b>Dentaire</b>					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	454,70 €	<b>0,00 €</b>	
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	408,50 €	<b>54,95 €</b>	
<b>Soins courants</b>					
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste sans dépassement</b> d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50,00 €	16,50 €	32,50 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin traitant <b>généraliste conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	80,00 €	15,10 €	29,90 €	<b>35,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie sans dépassement</b> d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un <b>DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	<b>1,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un médecin <b>spécialiste en gynécologie conventionné</b> avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	<b>11,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Consultation</b> d'un <b>professeur</b> en médecine avec dépassement d'honoraires libres ( <b>non adhérent à un DPTAM</b> : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330,00 €	47,30 €	89,70 €	<b>193,00 €</b>	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
<b>Aides auditives</b>					
<b>Aide auditive</b> de classe I par oreille ( <b>équipement 100% santé</b> )	1 100,00 €	210,00 €	440,00 €	<b>450,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	1 476,00 €	210,00 €	440,00 €	<b>826,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Aide auditive</b> de classe II à <b>tarifs libres</b> par oreille	2 000,00 €	210,00 €	440,00 €	<b>1 350,00 €</b>	Pour un adulte de 21 ans et plus
<b>Optique</b>					
<b>Équipement optique</b> de classe A (monture + verres) de verres unifocaux ( <b>équipement 100% santé</b> )	125,00 €	22,50 €	102,50 €	<b>0,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte
<b>Équipement optique</b> de classe B à <b>tarifs libres</b> (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	319,91 €	<b>25,00 €</b>	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 100€ et 2 verres au tarif de 245€ (Hors Réseau)