Etablissements d'Enseignement Privés Sous Contrat EEP SANTE

Vos garanties frais de santé 2023

Sont présentés ci-après 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 compléter **ceux de la Sécurité sociale française** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Pour les garanties prises en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

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

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Hospitalisation (y compris frais de maternité)				
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
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait patient urgences	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	-	1,5 % PMSS [1]	2,5 % PMSS [1]	3,5 % PMSS [1]
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1 % PMSS [1]	2 % PMSS [1]	2 % PMSS [1]
[1] PMSS en vigueur au 1er jour de l'hospitalisation				
Maternité				
Forfait maternité Montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5 % PMSS [2]	10 % PMSS [2]	15 % PMSS [2]	20 % PMSS [2]
[2] PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption				
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé*	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF			
Soins (Hors 100% Santé)				
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 euros / an / bénéficiaire	200 euros/ an / bénéficiaire	400 euros / an / bénéficiaire

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Prothèses (Hors 100 % Santé)				
Panier Maitrisé **				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
	dans la limite de 100 % HLF-MR			
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR	100 % TM +275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
	dans la limite de 100 % HLF-MR			
Inlay Core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
	dans la limite de 100 % HLF-MR			
Inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
	dans la limite des HLF	dans la limite de 100 % HLF-MR		
Panier Libre ***				
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
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	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
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 euros	450 euros	800 euros

***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 (Honoraires Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code 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.

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
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
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité Sociale https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
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
Imagerie médicale				
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
Analyses et examens de laboratoire				
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires paramédicaux				
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
Médicaments				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
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
Vaccins				
Vaccin contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité Sociale	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Autres vaccins 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

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
		Responsable		
Matériel Médical				
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses (hors postes prothèses dentaires, auditives et optiques), pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Médecines non conventionnelles				
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 euros	50 euros	50 euros	50 euros
	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances

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, N° RPPS ou le N°FINESS du praticien sera demandé.

Aides auditives

Equipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

Equipements à tarifs libres
Classe 2

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 1/20ème 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			
	Régime 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.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
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.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
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	100 % TM	100 % TM	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.	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
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	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			

Optique

Verres et monture

Equipements 100% Santé Classe A (*) (***)	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	

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			
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à +6 (a)	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
	Sphéro cylindrique	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
Progressif et Multifocal	Sphérique	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
	Sphéro cylindrique	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
Monture			50 euros - MR	75 euros - MR	100 euros - MR	100 euros - MR

(a) Le verre neutre est compris dans cette classe

(*) **Equipements 100% Santé – Classe A :**

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			
	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
	Responsable			
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B				
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % TM, dans la limite des PLV - MR	100 % TM, dans la limite des PLV - MR	100 % TM, dans la limite des PLV - MR	100 % TM, dans la limite des PLV - MR
Supplément pour verres avec filtres de classe B				
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Autres postes optique				
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS [3]	3 % PMSS [3]	5 % PMSS [3]	8 % PMSS [3]
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 [4]	25 % PMSS [4]	25 % PMSS [4]

[3] PMSS en vigueur au jour de la dépense
[4] PMSS en vigueur au jour de l'intervention

Autres postes				
Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité Sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Cures Thermales	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5 % PMSS [5]	10 % PMSS [5]	15 % PMSS [5]

[5] PMSS en vigueur au 1er 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.

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

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

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

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

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

SECURITE SOCIALE = il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

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 règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

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.**