



AG2R LA MONDIALE

 malakoff  
humanis

A close-up, profile view of an elderly woman with short, light-colored hair, wearing black-rimmed glasses. She is looking downwards and to the right. The background is dark. A large, light-colored, textured graphic element, resembling a wavy pattern, is overlaid on the bottom left of the image.

# Régime frais de santé Convention collective nationale de l'Import-Export

Entreprises de commission, de courtage, de commerce intra-communautaire  
et d'importation-exportation de France métropolitaine (3100)

## Votre régime frais de santé

La volonté de préserver l'accès aux soins de santé des salariés a conduit les partenaires sociaux de la Convention collective nationale de l'Import-Export à mettre en place un régime frais de santé au niveau de la branche professionnelle.

Adopter l'un des 4 régimes proposés, c'est accéder à un dispositif négocié au plus juste, respectueux de la réglementation et mutualisé au niveau de la Branche. AG2R Réunica Prévoyance et Malakoff Humanis Prévoyance sont les organismes co-assureurs de votre régime Frais de santé.

Toutefois, la gestion des prestations est confiée à AG2R Réunica Prévoyance, garantissant ainsi une unicité de services pour tout salarié.



## Bénéficiaires

Le régime frais de santé est obligatoire pour les salariés. Toutefois, certains salariés pourront bénéficier, à leur demande, d'une dispense d'affiliation dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires.

Le conjoint et les enfants du salarié bénéficient du même niveau de prestations que le salarié.

## Les points forts

- Un accompagnement de chaque entreprise
- Une gestion rapide et sûre
- Des prestations performantes à un tarif négocié au plus juste
- Pas d'avance d'argent pour de nombreuses prestations grâce au tiers payant
- Des remboursements express
- Des services en ligne
- Pas de questionnaire médical
- Des actions de prévention

# Tarifs mensuels des différentes formules applicables en 2021

## Formule « Essentiel »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	0,74 %	25,37 €	0,45 %	15,43 €
Famille	1,86 %	63,76 €	1,12 %	38,38 €
Inactifs - Ancien salarié	0,74 %	25,37 €	0,45 %	15,43 €
Inactifs - Conjoint	1,07 %	36,68 €	0,64 %	21,94 €
Inactifs - Enfants	0,47 %	16,11 €	0,28 %	9,60 €

## Formule « Confort »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	1,60 %	54,85 €	0,96 %	32,91 €
Famille	3,77 %	129,24 €	2,26 %	77,47 €
Inactifs - Ancien salarié	1,60 %	54,85 €	0,96 %	32,91 €
Inactifs - Conjoint	2,31 %	79,19 €	1,39 %	47,65 €
Inactifs - Enfants	0,76 %	26,05 €	0,46 %	15,76 €

## Formule « Summum »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	2,29 %	78,50 €	1,38 %	47,31 €
Famille	5,42 %	185,79 €	3,25 %	111,40 €
Inactifs - Ancien salarié	2,29 %	78,50 €	1,38 %	47,31 €
Inactifs - Conjoint	3,31 %	113,47 €	1,99 %	68,22 €
Inactifs - Enfants	1,11 %	38,05 €	0,67 %	22,97 €

## Formule « Optimum »

Structures de cotisation	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	En % PMSS	En euros	En % PMSS	En euros
Isolé	2,96 %	101,47 €	1,78 %	61,02 €
Famille	6,98 %	239,27 €	4,21 %	144,32 €
Inactifs - Ancien salarié	2,96 %	101,47 €	1,78 %	61,02 €
Inactifs - Conjoint	4,26 %	146,02 €	2,56 %	87,76 €
Inactifs - Enfants	1,30 %	44,56 €	0,78 %	26,74 €

PMSS 2021 : 3 428 €

# Formule « Essentiel »

# Régime « Essentiel »

## Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

### Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€: Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>			
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>			
Frais de séjour		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	170 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	150 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
<b>Autres honoraires</b>			
Chambre particulière		40 € par jour <sup>(1)</sup>	
<b>Frais d'accompagnement</b>			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		30 € par jour	
<b>Transport</b>			
Transport remboursé SS		100 % BR	
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Remboursés SS</b>			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	
	Non adhérents DPTM	100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	
	Non adhérents DPTM	100 % BR	

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Non adhérents DPTM	150 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Non adhérents DPTM	150 % BR	
<b>Non remboursés SS</b>			
Acupuncture, Aromathérapie, Chiropractie, Chromothérapie, Consultation obésité, Diététique, Drainage lymphatique, Ergothérapie, Ethioopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Kinésithérapie, Mésothérapie, Méthode Mézières, Microkinésithérapie, Naturopathie, Nutritionniste, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phlébologie, Dermatologie laser, Phytothérapie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Tabacologie, Thérapie manuelle... (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Néant	
Densitométrie osseuse		Néant	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR	
<b>Médicaments</b>			
Remboursés SS		100 % BR	
Non remboursés SS		Néant	
Contraception		Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursée SS		100 % BR	
Non remboursée SS		Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant	
Sevrage tabagique		Néant	
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	
<b>Aides auditives</b>			
<b>Jusqu'au 31.12.2020</b>			
<b>Aides auditives remboursées SS</b>			
Aides auditives		100 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>		100 % BR	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
<b>À compter du 01.01.2021</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(3)</sup></b>		
<b>Classe I</b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)		
<b>Équipements libres<sup>(5)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	100 % BR <sup>(4)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	100 % BR <sup>(4)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>	100 % BR	
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(6)</sup></b>		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier à tarifs maîtrisés<sup>(7)</sup></b>		
Inlay, onlay	150 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150 % BR dans la limite des HLF	
<b>Panier à tarifs libres<sup>(8)</sup></b>		
Inlay, onlay	150 % BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150 % BR	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	150 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Néant	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Néant	
Orthodontie	50 % BR	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(9)</sup></b>		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
<b>Équipements libres<sup>(11)</sup></b>		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Forfait de 50 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100 % BR dans la limite des PLV	
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 B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100 % BR	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit 4 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 4 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (5) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (Classe II), la garantie couvre, dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements 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 de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (10) 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-I 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 concerné de l'équipement optique 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 (+) > à 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.

(11) Équipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

## Grille optique « verres de classe B »

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
<b>Unifocaux</b>	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(1)</sup>	50 €	50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	75 €	75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
<b>Multifocaux et progressifs</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	75 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	75 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 8	75 €	75 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	75 €	75 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais	
Nature des frais	Niveau d'indemnisation
<b>Cure thermale remboursée SS</b>	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	50 € limité à une intervention par année civile

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

# Formule « Confort »

# Régime « Confort »

## Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€: Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire  
(TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>			
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>			
Frais de séjour		280 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	280 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
<b>Autres honoraires</b>			
Chambre particulière		65 € par jour <sup>(1)</sup>	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		50 € par jour	
<b>Transport</b>			
Transport remboursé SS		150 % BR	
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Remboursés SS</b>			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	170 % BR	
	Non adhérents DPTM	150 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	195 % BR	
	Non adhérents DPTM	175 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	195 % BR	
	Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM	175 % BR

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	170 % BR	
Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM	150 % BR	
<b>Non remboursés SS</b>			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30 € par acte limité à 2 actes par année civile	
Densitométrie osseuse		Néant	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		150 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		150 % BR	
<b>Médicaments</b>			
Remboursés SS		100 % BR	
Non remboursés SS		Néant	
Contraception		Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursée SS		100 % BR	
Non remboursée SS		Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant	
Sevrage tabagique		Néant	
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		200 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	
<b>Aides auditives</b>			
<b>Jusqu'au 31.12.2020</b>			
<b>Aides auditives remboursées SS</b>			
Aides auditives		350 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>		100 % BR	
<b>À compter du 01.01.2021</b>			
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(3)</sup></b>			
<b>Classe I</b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)			
<b>Équipements libres<sup>(5)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		100 % BR <sup>(4)</sup>	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	100 % BR <sup>(4)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>	100 % BR	
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(6)</sup></b>		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier à tarifs maîtrisés<sup>(7)</sup></b>		
Inlay, onlay	350 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR dans la limite des HLF	
<b>Panier à tarifs libres<sup>(8)</sup></b>		
Inlay, onlay	350 % BR	
Inlay core	125 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	150 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 300 € par année civile	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 500 € par année civile	
Orthodontie	250 % BR	
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(9)</sup></b>		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
<b>Équipements libres<sup>(11)</sup></b>		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Forfait de 100 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100 % BR dans la limite des PLV	
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 B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit 10 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 10 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	500 € par œil et par année civile	
<b>Autres frais</b>		
<b>Cure thermique remboursée SS</b>		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile	
<b>Fécondation in vitro</b>	Néant	
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20 % du PMSS	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (5) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (Classe II), la garantie couvre, dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements 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 de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (10) 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 concerné de l'équipement optique 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 (+) > à 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.

(11) Équipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

## Grille optique « verres de classe B »

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
<b>Unifocaux</b>	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(1)</sup>	95 €	95 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	95 €	95 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95 €	95 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	95 €	95 €
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	95 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	95 €	95 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	95 €
	<b>Multifocaux et progressifs</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190 €
SPH < à -4 ou > à + 4			190 €	190 €
Sphéro cylindriques		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	190 €	190 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S > + 8	190 €	190 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	190 €	190 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

# Formule « Summum »

# Régime « Summum »

## Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€: Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire  
(TM= BR - RSS)

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>		
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>		
Frais de séjour		480 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Honoraires</b>		
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	480 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM	200 % BR
<b>Autres honoraires</b>		
Chambre particulière		115 € par jour <sup>(1)</sup>
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		87 € par jour
<b>Transport</b>		
Transport remboursé SS		300 % BR
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Remboursés SS</b>		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	300 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	300 % BR	
Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
<b>Non remboursés SS</b>			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		40 € par acte limité à 3 actes par année civile	
Densitométrie osseuse		Néant	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		300 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		300 % BR	
<b>Médicaments</b>			
Remboursés SS		100 % BR	
Non remboursés SS		Néant	
Contraception		Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursée SS		100 % BR	
Non remboursée SS		Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant	
Sevrage tabagique		Néant	
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		500 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	
<b>Aides auditives</b>			
<b>Jusqu'au 31.12.2020</b>			
<b>Aides auditives remboursées SS</b>			
Aides auditives		500 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>		100 % BR	
<b>À compter du 01.01.2021</b>			
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(3)</sup></b>			
<b>Classe I</b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)			
<b>Équipements libres<sup>(5)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		1 700 € <sup>(4)</sup>	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	1 700 € <sup>(4)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>	100 % BR	
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(6)</sup></b>		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier à tarifs maîtrisés<sup>(7)</sup></b>		
Inlay, onlay	550 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	550 % BR dans la limite des HLF	
<b>Panier à tarifs libres<sup>(8)</sup></b>		
Inlay, onlay	550 % BR	
Inlay core	125 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	550 % BR	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	400 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 500 € par année civile	
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Crédit de 750 € par année civile	
Orthodontie	400 % BR	
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(9)</sup></b>		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
<b>Équipements libres<sup>(11)</sup></b>		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Forfait de 100 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100 % BR dans la limite des PLV	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
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 B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit 16 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 16 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	750 € par œil et par année civile	
<b>Autres frais</b>		
<b>Cure thermale remboursée SS</b>		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	500 € limité à une intervention par année civile	
<b>Fécondation in vitro</b>	Néant	
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20 % du PMSS	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (5) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (Classe II), la garantie couvre, dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements 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 de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (10) 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-I 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 concerné de l'équipement optique 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 (+) > à 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.

(11) Équipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

## Grille optique « verres de classe B »

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
<b>Unifocaux</b>	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(1)</sup>	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	160 €	160 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €
<b>Multifocaux et progressifs</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	260 €	260 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	260 €	260 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	260 €	260 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	260 €	260 €
		SPH > 0 et S > + 8	260 €	260 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	260 €	260 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

# Formule « Optimum »

# Régime « Optimum »

## Garanties à effet du 01/01/2020

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€: Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire  
(TM= BR - RSS)

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation</b>			
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>			
Frais de séjour		480 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	480 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
<b>Autres honoraires</b>			
Chambre particulière		115 € par jour <sup>(1)</sup>	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		87 € par jour	
<b>Transport</b>			
Transport remboursé SS		300 % BR	
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Remboursés SS</b>			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	300 % BR	
	Non adhérents DPTM	200 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM	300 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM	200 % BR	

Nature des frais		Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
		Conventionné	Non conventionné
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM	300 % BR	
Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM	200 % BR	
<b>Non remboursés SS</b>			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		100 € par acte limité à 3 actes par année civile	
Densitométrie osseuse		Néant	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		300 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		300 % BR	
<b>Médicaments</b>			
Remboursés SS		100 % BR	
Non remboursés SS		Néant	
Contraception		Néant	
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursée SS		100 % BR	
Non remboursée SS		Néant	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant	
Sevrage tabagique		Néant	
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		500 % BR	
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	
<b>Aides auditives</b>			
<b>Jusqu'au 31.12.2020</b>			
<b>Aides auditives remboursées SS</b>			
Aides auditives		500 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>		100 % BR	
<b>À compter du 01.01.2021</b>			
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(3)</sup></b>			
<b>Classe I</b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(4)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)			
<b>Équipements libres<sup>(5)</sup></b>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire		1 700 € <sup>(4)</sup>	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	1 700 € <sup>(4)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(2)</sup>	100 % BR	
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(6)</sup></b>		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses</b>		
<b>Panier à tarifs maîtrisés<sup>(7)</sup></b>		
Inlay, onlay	650 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	650 % BR dans la limite des HLF	
<b>Panier à tarifs libres<sup>(8)</sup></b>		
Inlay, onlay	650 % BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	650 % BR	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	250 % BR	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	550 % BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 600 € par année civile	
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier, couronne)	Forfait de 1 000 € par implant (maximum 2 implants par an)	
Orthodontie	550 % BR	
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(9)</sup></b>		
Montures de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de Classe A (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A		
<b>Équipements libres<sup>(11)</sup></b>		
Montures de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Forfait de 100 €	
Verres de Classe B (quel que soit l'âge) <sup>(10)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	

Nature des frais	Niveau d'indemnisation y compris les prestations versées par la Sécurité sociale	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100 % BR dans la limite des PLV	
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 B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + crédit 25 % PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit 25 % PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	850 € par œil et par année civile	
<b>Autres frais</b>		
<b>Cure thermale remboursée SS</b>		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	500 € limité à une intervention par année civile	
<b>Fécondation in vitro</b>	Néant	
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	20 % du PMSS	

- (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.
- (2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (3) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (4) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (5) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (Classe II), la garantie couvre, dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (8) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements 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 de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (10) 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-I 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 concerné de l'équipement optique 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 (+) > à 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.

(11) Équipements 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

## Grille optique « verres de classe B »

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
<b>Unifocaux</b>	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(1)</sup>	160 €	160 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	160 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €
		SPH > 0 et S > + 6	160 €	160 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	160 €	160 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	160 €	160 €
<b>Multifocaux et progressifs</b>	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	300 €	300 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	300 €	300 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	300 €	300 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

# Étapes de mise en place

## Pour l'employeur :

dès connaissance de votre choix de formule, vous recevrez l'ensemble des documents relatifs aux modalités de votre adhésion.

## Pour le salarié :

pour être affilié au régime frais de santé, le salarié devra, après avoir reçu ses notices d'information, remettre à son employeur le bulletin d'affiliation et y joindre les pièces justificatives demandées.

## Carte

Dès réception des éléments complets, le salarié recevra sa carte tiers payant.



Retrouvez toutes les informations sur notre site :  
[www.ag2rlamondiale.fr/import-export](http://www.ag2rlamondiale.fr/import-export)







# Régime frais de santé Convention Collective de l'Import-Export

[www.ag2rlamondiale.fr/import-export](http://www.ag2rlamondiale.fr/import-export)



**AG2R Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270

**Malakoff Humanis Prévoyance,**  
Institution de Prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est sis 21 rue Laffitte - 75009 PARIS, SIREN 775 691 181

Les Institutions ci-dessus dénommées relèvent de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.