

Soins courants

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	NIVEAU 1	NIVEAU 2
<i>Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</i>			
Honoraires médicaux			
Consultations / vistes généralistes	Médecins adhérents à un DPTAM Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR 70% BR	100% BR 100% BR
Consultations / vistes spécialistes	Médecins adhérents à un DPTAM Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR 70% BR	100% BR 100% BR
Actes techniques médicaux	Médecins adhérents à un DPTAM Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR 70% BR	100% BR 100% BR
Actes d'imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)	Médecins adhérents à un DPTAM Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR 70% BR	100% BR 100% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux		60% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoires			
Analyses et examens de laboratoire		60% ou 70% BR	100% BR
Medicaments			
Remboursés à 65% par la Sécurité sociale		65% BR	100% BR
Remboursés à 30% par la Sécurité sociale		30% BR	100% BR
Remboursés à 15% par la Sécurité sociale		15% BR	100% BR
Matériel médical			
Petit appareillage		60% BR	100% BR
Matériel orthopédique		60% BR	100% BR
Grand appareillage		60% BR	100% BR
Autres prothèses capillaires ou accessoires		60% BR	100% BR
Prothèses mammaires ou lingerie adaptée		60% BR	100% BR

H Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Honoraires	Médecins adhérents à un DPTAM Médecins non adhérents à un DPTAM	80% ou 100% BR 80% ou 100% BR	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR
Honoraires médicaux				
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux MAS et EHPAD)		-	Intégral	Intégral
Forfait actes lourds		-	Intégral	Intégral
Forfait patient urgences		-	Intégral	Intégral
Frais de séjour		80% ou 100% BR	100% BR	100% BR
Frais de transport		65% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière en établissement conventionné		-	-	50€/jour
Chambre particulière en établissement non conventionné		-	-	40€/jour
Chambre particulière en ambulatoire		-	-	15€/jour
Frais d'accompagnement		-	-	40€/jour
Forfait TV		-	-	5€/jour
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département		-	-	15€/jour

🦷 Dentaire

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	NIVEAU 1	NIVEAU 2
Consultations et soins dentaires	70% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% Santé*			
Inlay core	70% BR	Intégral (dans la limite des HLF)	Intégral (dans la limite des HLF)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70% BR		
Soins et prothèses du panier maîtrisé			
Inlay, onlay	70% BR	100% BR (dans la limite des HLF)	100% BR (dans la limite des HLF)
Inlay core	70% BR		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70% BR		
Soins et prothèses du panier libre			
Inlay, onlay	70% BR	100% BR	170% BR
Inlay core	70% BR	100% BR	170% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	70% BR	100% BR	170% BR
Soins et prothèses non remboursés			
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	250€ / prothèse
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	50€ / an
Implantologie	-	-	250€ / an
Orthodontie			
Semestres d'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Autres actes d'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR	100% BR

👓 Optique

Equipements du panier 100% Santé* (1)			
Monture + verres	60% BR	Intégral (dans la limite des PLV)	Intégral (dans la limite des PLV)
Prestation d'apparaillage pour des verres de classe A d'indices de réfractions différents	60% BR		
Supplément pour verres avec filtres de classe A	60% BR		
Equipements du panier libre (maximum 100€ au titre de la onture) (1) (2)			
Monture et/ou 2 verres simples classe A	60% BR	100% BR	120€
Monture et/ou 2 verres complexes classe B	60% BR	100% BR	200€
Monture et/ou 2 verres très complexes classe C	60% BR	100% BR	300€
Monture et/ou 1 verre simple classe A + 1 verre complexe classe B	60% BR	100% BR	160€
Monture et/ou 1 verre simple classe A + 1 verre très complexe classe C	60% BR	100% BR	210€
Monture et/ou 1 verre complexe classe B + 1 verre très complexe classe C	60% BR	100% BR	250€
Prestations supplémentaires			
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	60% BR	100% BR	100% BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	60% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	60% BR	100% BR	100% BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	60% BR	100% BR	100% BR + 100€ / an
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	-	100€ / an
Chirurgie réfractive	-	-	250€ / œil / an

* HLF : Honoraires limites de Facturation

** PLV : Prix limites de Vente

Aides auditives

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	NIVEAU 1	NIVEAU 2
<i>Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale</i>			
Equipements 100% Santé* (3)			
Aides auditives pour les plus de 20 ans	60% BR		
Aides auditives pour les moins de 20 ans	60% BR	Intégral (dans la limite des PLV)	Intégral (dans la limite des PLV)
Equipements hors 100% Santé (3)			
Aides auditives pour les plus de 20 ans	60% BR	100% BR	100% BR + 300€ / an
Aides auditives pour les moins de 20 ans	60% BR	100% BR	100% BR + 300€ / an
Piles et accessoires (4)	60% BR	100% BR	100% BR
Amplificateurs d'écoute	-	-	50€ / appareil

Prévention et bien-être

Cures thermales : frais d'hébergement, traitement, transport	65% BR	65% BR	100% BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopéthie, diététicien	-	60€ / an	100€ / an
Consultation psychologues, psychothérapeutes (dans la limite de 3 séances / an)	-	20€ / séance	25€ / séance
Forfait bilan nutrition	-	-	20€ / an
Activité physique adaptée - sport sur ordonnance	-	60€ / an	120€ / an
Semelles orthopédiques	60% BR	150€ / an	150€ / an
Substituts nicotiniques	65% BR	100% BR	100% BR
Crème solaire	-	-	15€ / an
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	15€ / an
Protections hygiéniques	-	20€ / an	25€ / an
Tous contraceptifs non remboursés	-	-	50€ / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR	100% BR
Tous actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	65% ou 70% BR	100% BR	100% BR

Services

Action sociale	-	Inclus	Inclus
----------------	---	--------	--------

Prévoyance

Maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail	-	90% du traitement ou du salaire (5)	95% du traitement ou du salaire (5)
Garantie décès accidentel / PTIA	-	50% de la base de garantie (6)	75% de la base de garantie (6)

* Tel que défini réglementairement

(1) 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 03.12.18 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 2 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 a mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

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 l'une des situations suivantes :

- variation 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 ou 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4 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 comparée à la prescription médicale précédente justifie une évolution de la vue, soit selon les dispositions de l'article D.4361-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation, 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, 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 ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours.

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

(2) Le remboursement au titre de la monture (Ss + Mutuelle) est plafonné à 100 €

(3) La garantie s'applique aux frais réels 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.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique aux frais exposés dans la limite du nombre annuel de paquets fixés par l'arrêté du 14.11.2018.

(5) sous déduction des indemnités versées par la Sécurité sociale ou au titre du statut de la Fonction publique territoriale

(6) La base de garantie est définie par référence au traitement indiciaire et, le cas échéant, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) bruts annuels ou par référence au salaire brut de base du membre participant, connu au 31 juillet de l'année N-1