

Au 01/07/2024

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

En tant qu'employeur, vous devez souscrire à un régime à titre collectif et obligatoire.

Deux niveaux sont à votre disposition :

- Niveau 1 : base
- Niveau 2 : base + option

Les travailleurs handicapés pourront souscrire à titre facultatif à l'option si la structure met en place uniquement le régime de base (niveau 1) afin d'obtenir les garanties du niveau 2.

Abréviations:

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

DPTM (Dispositif 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.

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné	
	Base : niveau 1	Base + option : niveau 2	
Hospitalisation (en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité)			
Frais de séjour	150 % BR	180 % BR	
Forfait patient urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM	150 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	130 % BR	150 % BR
Chambre particulière en chirurgie	30 € / jour limité à 60 jours / année civile	60 € / jour limité à 60 jours / année civile	
Chambre particulière en ambulatoire	30 € / jour limité à 60 jours / année civile	60 € / jour limité à 60 jours / année civile	
Chambre en psychiatrie et repos convalescence	30 € / jour limité à 60 jours / année civile	60 € / jour limité à 60 jours / année civile	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30 € / jour	50 € / jour	
Transport			
Frais de transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation		
	Conventionné / Non conventionné		Conventionné / Non conventionné
	Base : niveau 1		Base + option : niveau 2
Soins courants			
Honoraires médicaux remboursés Sécurité sociale			
Généralistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	100 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	100 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	150 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	130 % BR	160 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	145 % BR	150 % BR
	Non adhérents DPTM	125 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	145 % BR	150 % BR
	Non adhérents DPTM	125 % BR	130 % BR
Honoraires médicaux non remboursés Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropractie, diététique, ostéopathie, pédicure, psychologie, psychomotricité (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30 € / séance limité à 3 séances / année civile	40 € / séance limité à 3 séances / année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		125 % BR	150 % BR
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale		125 % BR	150 % BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments			
Remboursés Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR
Non remboursés Sécurité sociale (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	Crédit de 50 € / année civile
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR
Non remboursée Sécurité sociale			
- Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 50 € / année civile	Crédit de 50 € / année civile
- Sevrage tabagique		Crédit de 75 € / année civile	Crédit de 75 € / année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		120 % BR	200 % BR
Actes de prévention remboursée Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR	100 % BR

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
	Base : niveau 1	Base + option : niveau 2
Aides auditives		
Équipements 100 % Santé(*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV(**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV(**)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		
Équipements libres(***)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 500 € / appareil(**)	100 % BR + 700 € / appareil(**)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR + 300 € / appareil(**)	100 % BR + 300 € / appareil(**)
Piles et autres consommables et accessoires remboursés Sécurité sociale(****)	100 % BR	100 % BR
<p>(*) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.</p> <p>(**) 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).</p> <p>(***) 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).</p> <p>(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.</p>		
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé(*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	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		
Prothèses		
Panier maîtrisé(**)		
Inlay, onlay	100 % BR dans la limite des HLF	150 % BR dans la limite des HLF
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	150 % BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
- Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	220 % BR dans la limite des HLF	270 % BR dans la limite des HLF
- Dents de fond de bouche	180 % BR dans la limite des HLF	230 % BR dans la limite des HLF
Panier libre(***)		
Inlay, onlay	100 % BR	150 % BR
Inlay core	125 % BR	150 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
- Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	220 % BR	270 % BR
- Dents de fond de bouche	180 % BR	230 % BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	150 % BR

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
	Base : niveau 1	Base + option : niveau 2
Autres actes dentaires non remboursés Sécurité sociale		
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	250 % BR	300 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	Néant	Crédit de 180 € / année civile
Parodontologie	Crédit de 100 € / année civile	Crédit de 200 € / année civile
Implants dentaires (la garantie « Implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 150 € / année civile	Crédit de 300 € / année civile
Orthodontie	300 € / année civile	450 € / année civile
(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement. (**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement. (***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.		
Optique		
Équipements 100 % Santé(*)		
Équipements de classe A (Monture + 2 Verres)**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 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)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Équipements libres(***) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 € maximum (RSS inclus)		
Équipements de classe B (Monture + 2 Verres)**)		
- Équipement : monture + 2 verres simples	100 €	120 €
- Équipement : monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	150 €	160 €
- Équipement : monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	150 €	185 €
- Équipement : monture + 2 verres complexes	200 €	200 €
- Équipement : monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	225 €
- Équipement : monture + 2 verres très complexes	200 €	250 €
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	100 % BR dans la limite des PLV	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	100 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
	Base : niveau 1	Base + option : niveau 2
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + un crédit de 150 € / année civile	100 % BR + un crédit de 160 € / année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 150 € / année civile	Crédit de 160 € / année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 170 € / œil / année civile	Crédit de 200 € / œil / année civile

(*) 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.

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. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) 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.

(***) 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. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

Grille optique « Verres de classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Typologie des verres
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6(*)	simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	simple
		SPH > 0 et S > + 6	complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	complexe
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	complexe		
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	très complexe
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	très complexe		

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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné / Non conventionné	Conventionné / Non conventionné
	Base : niveau 1	Base + option : niveau 2

Autres frais

Cure thermique remboursée Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	100 % BR	150 % BR
Frais de voyage et hébergement	100 % BR	100 % BR + 200 €
Télésurveillance médicale remboursée Sécurité sociale (dispositif prévu aux articles L.162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR
Assistance Puissance 4 - Formule 1 ⁽¹⁾ Mondial Assistance Protocole n°922 658	Inclus	Inclus

(1) L'assistance Puissance 4 est assurée par MONDIAL ASSISTANCE et régie par ses propres conditions générales.