

**GARANTIES FRAIS MÉDICAUX AU 01/01/2021 - INTERSPORT**

		<b>PERSONNEL RELEVANT DES ARTICLES 4 ET 4 BIS</b> Garanties au 1er janvier 2021	
<b>GARANTIES</b>	<b>MONTANT DES PRESTATIONS</b>		
	<b>CONVENTIONNÉ</b>	<b>NON CONVENTIONNÉ</b>	
<i>En complément des remboursements SS et dans la limite des frais réellement engagés</i>			
<b>Pharmacie</b>		Ticket modérateur	
Consultations, visites Généralistes <b>OPTAM</b>		300% de la BR	
Consultations, visites Généralistes <b>NON OPTAM</b>		TM + 100% BR	
Consultations, visites Spécialistes <b>OPTAM</b>		300% de la BR	
Consultations, visites Spécialistes <b>NON OPTAM</b>		TM + 100% BR	
Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE) <b>OPTAM</b>		300% de la BR	
Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE) <b>NON OPTAM</b>		TM + 100% BR	
Actes de spécialités, actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) <b>OPTAM</b>		300% de la BR	
Actes de spécialités, actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) <b>NON OPTAM</b>		TM + 100% BR	
<b>Auxiliaires médicaux</b>		100% de la BR	
<b>Analyses</b>		100% de la BR	
<b>Chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, étiopathe, psychologue</b>		30 € par séance <i>avec un maximum de 3 séances par an et par personne pour l'ensemble du poste</i>	
<b>Dentaire</b>		Prise en charge dans la limite des Prix Limites de facturation dès 2020 soit 100% PLV - MR	
Soins et Prothèses dentaires - Panier 100% Santé (1)		400% de la BR	
Soins et Prothèses dentaires - Hors 100% Santé (Tarifs maîtrisés et tarifs libres) (1)		400% de la BR	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale		400% de la BR	
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale		400% de la BR	
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité Sociale		400% de la BR	
<b>Orthopédie</b>		300% de la BR	
<b>Prothèses non dentaires</b>		300% de la BR	
<b>Prothèses auditives jusqu'au 31/12/2020</b>		300% de la BR	
<b>Prothèses auditives à partir du 01/01/2021</b>		Un équipement par oreille renouvelé tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
<b>Equipements 100% santé (Classe I) (1) - Adultes et Enfants</b>		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV soit 100% PLV - MR	
<b>Equipements libres (Classe II) - Adultes et Enfants</b>		300% de la BR (limités à 1 700 € y compris SS par oreille à équiper)	
<b>Piles et réparations remboursées par la Sécurité Sociale</b>		100% TM	
<b>Optique</b>		<p><i>Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.</i></p> <p><i>A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment (2) pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux.</i></p> <p><i>Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories.</i></p> <p><i>Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.(3)</i></p>	
<b>Panier classe A : 100% Santé</b>			
Panier 100% Santé Monture (Classe A) (1)		Remboursement intégral conformément à la réglementation (maximum 30 € la monture)	
Panier 100% Santé Verres (Classe A) (1)		Remboursement intégral conformément à la réglementation	
<b>Panier classe B : Tarifs libres</b>			
Monture + verres simples classe A (verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6)		420 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + verres complexes classe C (verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8)		700 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + verres hyper complexes classe F (verres multifocaux différents de la classe C)		800 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + un verre simple A et un verre complexe C		560 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + un verre simple A et un verre hyper complexe F		610 € dont 100 € max pour la monture	
Monture + un verre complexe C et un verre hyper complexe F		750 € dont 100 € max pour la monture	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien		100% TM	
Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale		12 % du PMSS (411,36 €) par an et par bénéficiaire	
Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale			
Lentilles jetables			
Chirurgie réfractive		10 % du PMSS (342,80 €) par œil	
<b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale</b>		<b>Secteur conventionné</b>	<b>Secteur non-conventionné</b>
▪ Frais de séjour		300% de la BR	90%FR - SS limités à 300% de la BR
▪ Honoraires médicaux et chirurgicaux <b>OPTAM</b>		300% de la BR	—
▪ Honoraires médicaux et chirurgicaux <b>NON OPTAM</b>			TM + 100% BR
▪ Chambre particulière			3% du PMSS (102,84 €) par jour
▪ Forfait hospitalier			Remboursement intégral
▪ Lit d'accompagnant (enfant moins de 12 ans)			1% du PMSS (34,28 €) par jour
▪ Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)			Ticket modérateur
▪ Transport			Ticket modérateur
<b>Maternité</b>			25% du PMSS (857 €)
Chambre particulière			3% du PMSS (102,84 €) par jour
<b>Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale</b>			15% du PMSS (514,20 €)

PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) en 2021 = 3 428 € / BR : Base de remboursement SS / TM : Ticket Modérateur / FR : Frais Réels / SS : Sécurité Sociale

\* OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée anciennement CAS ou Contrat d'Accès aux Soins) : médecins exerçant en secteur 2 (avec dépassements) ainsi que les médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent au dépassement, avant adhésion à l'OPTAM et s'engageant à pratiquer en moyenne des dépassements d'honoraires modérés. L'Assurance Maladie rembourse alors sur une base plus élevée, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires.

\*\*NON OPTAM (anciennement NON CAS) : médecins exerçant en secteur 2 (avec dépassements) et n'ayant pas adhéré à l'OPTAM. Leurs tarifs restent libres et l'Assurance Maladie rembourse alors sur une base moins élevée ce qui augmente d'autant le dépassement d'honoraires.

Pour trouver le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), consultez le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>

(1) Tels que définis réglementairement et visés à l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale.

(2) Liste prévue par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale.

(3) Les remboursements du poste optique s'entendent Ticket Modérateur et remboursement du Régime Obligatoire inclus.

**Document non contractuel. Ce tableau vise uniquement à rendre synthétique la lecture des garanties frais de santé. Seule la Notice d'information émise par l'organisme assureur fait foi.**