

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE		OPTION 1 - NON RESPONSABLE FACULTATIVE (y compris le régime de base)	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
• Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	TM + 170% BR		TM + 170% BR	
• Consultation/Visites Généralistes d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		200% BR	
• Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM (omnipraticiens, spécialistes, professeurs et neuropsychiatres)	TM + 170% BR		TM + 170% BR	
• Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM (omnipraticiens, spécialistes, professeurs et neuropsychiatres)	TM + 100% BR		200% BR	
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie, doppler...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	TM + 170% BR		TM + 170% BR	
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie, doppler...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		200% BR	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	TM + 170% BR		TM + 170% BR	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		200% BR	
Analyses et examens de laboratoire				
• Analyses et examens de laboratoire	80 % BR		80 % BR	
Honoraires paramédicaux				
• Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes	200 % BR		200 % BR	
Médicaments				
• Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale (y compris vaccins remboursés par la Sécurité Sociale)	100% TM		100% TM	
• Vaccins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	10% PMSS / an / bénéficiaire		10% PMSS / an / bénéficiaire	
Matériel médical				
• Appareillage (prothèses non auditives, orthopédie, appareillage et prothèses diverses non dentaires)	200% BR		200% BR	
Autres soins				
• Frais de transport	80 % BR		80 % BR	
• Patch anti-tabac	50€/an/bénéficiaire		50€/an/bénéficiaire	
• Médecine douce	Forfait "Bien être" (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, psychomotricien, neuropsychologue et psychologue médicaments et vaccins prescrits et non remboursés par la sécurité sociale, substituts nicotiques remboursés par la sécurité sociale, pédicure et podologie non remboursés) de 100€/an/bénéficiaire		Forfait "Bien être" (mêmes spécialités que le régime de base) de 200€/an/bénéficiaire	
• Cures thermales prises en charge par Sécurité sociale	10% PMSS dans la limite des frais engagés et limités à 100% TM + 100% BR pour les honoraires des médecins hors OPTAM		10% PMSS dans la limite des frais engagés et limités à 100% TM + 100% BR pour les honoraires des médecins hors OPTAM	
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE + MATERNITÉ				
<input checked="" type="checkbox"/> ONV. <input type="checkbox"/> NON CONV.				
• Forfait journalier	100% FR		100% FR	
Honoraires				
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	100 % FR-SS limité à 400% BR		100 % FR-SS limité à 400% BR	
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM % 100% BR	20 % BR	400% BR	
• Frais de séjour hospitalisation conventionnée	100% FR-SS		100% FR-SS	
• Frais de séjour hospitalisation non conventionnée	20% BR		20% BR	
• Chambre particulière	4% PMSS / jour		4% PMSS / jour	
Frais accompagnant Enfant de moins de 12 ans	1.5% PMSS / jour		1.5% PMSS / jour	
Soins de suite : Maison de repos et de rééducation, psychiatrie, alcoologie, posture alcoologie et				
• Frais de séjour				
• Honoraires médicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM				
• Honoraires médicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	CG GAN		CG GAN	
• Chambre particulière				
• Forfait journalier				
OPTIQUE				
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.				
Équipement 100% santé (Classe A) (*)				
• Monture et Verres	100 % Prix Limite de Vente - MR			
	(*) Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).			
Équipement hors 100% santé (Classe B)				
• Monture	Adulte = 100 € - MR	Enfant = 80€ - MR	Adulte = 100 € - MR	Enfant = 80€ - MR
• Verres	Voir grille optique ITELIS OPTI 4		Voir grille optique ITELIS OPTI 4	
Autres postes optique				
• Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	9% PMSS/an/bénéficiaire		9% PMSS/an/bénéficiaire	
• Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	9% PMSS/an/bénéficiaire		9% PMSS/an/bénéficiaire	
• Chirurgie de l'œil (correction des défauts visuels : myopie, astigmatisme et hypermétropie)	600€ /œil		600€ /œil	

GRILLE OPTI 4

HORS PANIER 100% SANTE		Dans le réseau optique Itelis			Hors réseau optique Itelis		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verre Multifocal Remboursement* Incluant RO**	
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	Intégral	Variables selon l'opticien	81 € maximum	214 € maximum	
Modéré	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			85 € maximum	226 € maximum	
Moyen	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			94 € maximum	239 € maximum	
Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			154 € maximum	252 € maximum	
Très élevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			167 € maximum	267 € maximum	

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limités de Vente



*Par verre. **Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

ANNEXE

Correction

Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0



NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE	OPTION 1 - NON RESPONSABLE FACULTATIVE (y compris le régime de base)
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% Santé (*)		
	100% Honoraire Limite de Facturation - MR	
	(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).	
Soins et prothèses hors 100% Santé		
• Soins (y compris actes d'endodontie, de prophylaxie et de prévention hors Inlay Onlay d'obturation)	200% BR	200% BR
• Soins chirurgicaux et actes techniques	200% BR	200% BR
• Radiologie dentaire	200% BR	200% BR
• Inlays core	350% BR	350% BR
• Inlays - Onlays	350 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires		
• Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires et réparations)	350% BR	450% BR
• Non Prises en charge par la Sécurité sociale	150 € /acte	150 € /acte
Autres actes dentaires		
• Implant non pris en charge par la SS (implant racine, pilier implantaire)	500 € par an/bénéficiaire	500 € par an/bénéficiaire
• Parodontie prise en charge par la SS	350% BR	350% BR
• Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	300 % BR	450% BR
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	300 % BR Reconstituée	300 % BR Reconstituée
AIDES AUDITIVES		
	Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Equipement 100% Santé (Classe 1) (*)		
• Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la Prise en Charge de la classe 2 dans la limite des Prix Limite de Vente de la classe 1	
• À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% Prix limite de Vente - MR	
	(*) Equipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).	
Equipement hors 100% Santé (Classe 2)		
• Audioprothèse (Limite par aide auditive)	200% BR avec un maximum de 1700 € - MR à compter du 01/01/2021, puis TM au délai	200% BR avec un maximum de 1700 € - MR à compter du 01/01/2021, puis TM au délai
• Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
ACTES DE PRÉVENTION		
• Pris en charge par la Sécurité sociale	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur.	
• Dépistage troubles de l'audition chez une personne de + de 50 ans tous les 5 ans et par bénéficiaire	30% BR	30% BR
• Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en 2 séances maximum)	30% BR	30% BR
• Consultation chez un détecticien par enfant de moins de 12 ans non prise en charge par la SS	30€ /an/bénéficiaire	30€ /an/bénéficiaire
• Dépistage annuel de l'ostéoporose pour une personne entre 45 et 59 ans non pris en charge par la SS	75 € /an/bénéficiaire	75 € /an/bénéficiaire
• Test ADN de dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte non pris en charge par la SS	Max 600 €/année civile et un test par grossesse	Max 600 €/année civile et un test par grossesse
MATERNITÉ/ADOPTION		
• Maternité - Adoption	Forfait 250 €	Forfait 250 €

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. - **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. - **BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. - **TM** = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. - **MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale. - **FR** = Frais Réels. - **BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. - **PLV** = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. - **HLF** = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.