

Avenant N°4
à l'accord du 7 Juillet 2011 instituant un régime de garanties collectives
« Remboursement de frais de santé » au profit des fonctionnaires et
contractuels de droit public de La Poste

- et à :
- l'avenant N° 1 du 20 Décembre 2011
 - l'avenant N° 2 du 27 Juin 2013
 - l'avenant N° 3 du 26 Juillet 2017

Entre la Direction Générale de La Poste, représentée par **Madame Valérie DECAUX**, Directrice générale adjointe et Directrice des ressources humaines du Groupe La Poste, d'une part,

et les organisations syndicales représentatives signataires du présent avenant :

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit.

PREAMBULE

En application de la réglementation en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020, sur les garanties de protection sociale complémentaire prévues au **CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE "REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE" OBLIGATOIRE »** notamment :

- la réforme du « 100 % santé » issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ;
- le décret d'application n°2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et modifiant le cahier des charges des contrats responsables ;

Considérant l'engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé signé le 14 février 2019 par l'UNOCAM et les principales fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie, en vue d'harmoniser les libellés des principaux postes de garanties afin d'assurer une meilleure information des assurés ;

Considérant que l'ensemble de ces dispositions législatives et réglementaires conduisent à une mise à jour ;

Les parties conviennent :

- de **rembourser intégralement** sur le régime de base « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE, en complément de l'assurance maladie obligatoire, les équipements optique (verres et monture), les frais de soins dentaires prothétiques et, à compter du 1^{er} janvier 2021 les appareils auditifs, relevant du « **100% santé** », à hauteur des prix limites de vente réglementaires.

- de la nécessité de **mettre en conformité** sur des niveaux « responsables » les garanties du régime de base « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE pour le collège Cadres et la monture de l'équipement optique des adultes.
- Elles décident, concomitamment :
 - o **d'ajuster l'expression des garanties** pour les Inlay-core en dentaire et les aides auditives en acoustique, afin de conserver des montants de prestations de même niveau, suite à l'évolution des bases de remboursements de la Sécurité sociale sur ces postes.
 - o **De supprimer** la distinction des **verres moyens**, tout en améliorant leur remboursement en le portant sur le niveau des verres complexes.
 - o **De compenser** dans le régime de garanties SURCOMPLEMENTAIRES facultatives, la limitation **appliquée à la monture des adultes** dans le régime de base « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE.

L'ensemble de ces aménagements font l'objet du **CHAPITRE 1** et du **CHAPITRE 2** du présent avenant.

Les parties conviennent par ailleurs :

- D'acter la **réduction des taux de cotisations des garanties sur-complémentaires** facultatives consentie par l'organisme assureur, à effet du **1^{er} janvier 2019**.

Cet aménagement fait l'objet du **CHAPITRE 3** du présent avenant.

- D'acter le changement de délégation, afin de conclure les contrats avec l'organisme assureur, à effet du **1^{er} janvier 2019**.

Cet aménagement fait l'objet du **CHAPITRE 4** du présent avenant.

- Au vu du montant atteint dans le fond PRC, d'acter sa non alimentation pour 3 années successives, à effet du **1^{er} janvier 2019**.

Cet aménagement fait l'objet du **CHAPITRE 5** du présent avenant

Il a donc été décidé ce qui suit en application de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

**CHAPITRE 1 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 2
« LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE
SANTE OBLIGATOIRE » SUITE A MISE EN CONFORMITE ET AJUSTEMENTS
DE CERTAINES GARANTIES**

L'annexe 1 « INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » citée à l'article 5.2 « L'évolution des cotisations » du CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » de l'accord collectif du 11 juillet 2011, est remplacée par celle jointe au présent avenant, à effet du **1^{er} janvier 2020**.

Avenant N° 4 à l'accord « Santé » du 7 juillet 2011

2

VI
 L6
 PDR
 SC
 HS

**CHAPITRE 2 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 3
« LE REGIME "DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES" A CELLES DU
"REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE" »
SUITE A AJUSTEMENTS DE CERTAINES GARANTIES**

L'annexe 2 « INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE DU REGIME "SURCOMPLEMENTAIRES" A ADHESION FACULTATIVE » citée à l'article 9 « Les garanties des options sur-complémentaires » du CHAPITRE 3 « LE REGIME DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU "REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE" » de l'accord collectif du 11 juillet 2011, est remplacée par celle jointe au présent avenant, à effet du **1er janvier 2020**.

**CHAPITRE 3 : REVISION DES COTISATIONS SERVANT AU
FINANCEMENT DES GARANTIES « SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU
"REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE" »**

Les taux de cotisations définis à l'article 7 « Les cotisations des options sur-complémentaires » du CHAPITRE 3 « LE REGIME DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU "REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE" » de l'accord collectif du 11 juillet 2011, sont remplacés par les suivants, à effet du **1er janvier 2019** :

Régime général – Mayotte et Régime Local Alsace Moselle

<u>Ensemble du personnel</u>	OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié	0,235%	0,386%	0,832%
Conjoint	0,235%	0,386%	0,832%
Enfant*	0,122%	0,190%	0,409%

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

**CHAPITRE 4 : MODIFICATION APPORTEE AU CHAPITRE 7
ORGANISME ASSUREUR DES REGIMES**

Le CHAPITRE 7 « ORGANISME ASSUREUR DES REGIMES » est remplacé par ce qui suit, à effet du **1er janvier 2019** :

Les parties conviennent de donner mandat à M. Yves BRASSART, Directeur général adjoint et Directeur financier du Groupe La Poste, afin de conclure les contrats avec l'organisme assureur en exécution du présent accord.

Les contrats conclus porteront une obligation de maintien d'assurance frais de santé (régime de base obligatoire et éventuelle option sur-complémentaire facultative souscrite), pour les personnels sortant du régime collectif obligatoire, dans les conditions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, applicables par extension aux fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste.

**CHAPITRE 5 : NON ALIMENTATION DU FOND PRC PREVU AU
CHAPITRE 6 : MODALITES DE SUIVI DE L'EQUILIBRE DU REGIME DE
BASE ET DES OPTIONS**

Le fonds de Provision pour Risque Croissant (PRC) prévue à l'article 18 - « Le compte du régime de base obligatoire » du CHAPITRE 6 : MODALITES DE SUIVI DE L'EQUILIBRE DU REGIME DE BASE » sera non alimenté pour les années 2019 à 2021. En conséquence, aucune cotisation brute de taxes acquittée au titre du régime de base ne sera affectée à ce fonds, au titre de ces exercices.

SIGNATURES :

Fait à Paris, le 20 novembre 2019

Pour La Poste

La Directrice générale adjointe
Directrice des ressources humaines du Groupe La Poste



Valérie DECAUX

Pour les organisations syndicales

Fédération Communication Conseil Culture
(F3C – CFDT)

Fédération des syndicats PTT
Solidaires Unitaires et Démocratiques
(SUD)

Florent DEBOUARD

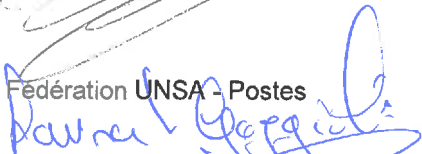


Fédération syndicaliste Force Ouvrière
De la Communication Postes et
Télécommunications (FO – COM)

Simon christine



Fédération UNSA - Postes



Osons l'avenir
Fédération CFTC Média +
CGC Groupe La Poste

DA ROCHA RUBEN

CGC



ERIC JACQUINET

CFTC

Jacquinet

**ANNEXE 1 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE
« REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE »
en plus de la Sécurité sociale**

**Aménagements suite à mise en conformité contrat responsable
Aménagements suite à maintien des garanties**

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : 	100 % TM + 90 % BR 100 % TM + 70 % BR 100 % TM
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : 	100 % TM + 70 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM
Honoraires des sages-femmes	100 % TM
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % des frais réels
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Honoraires auxiliaires médicaux	100 % TM
Honoraires diététiciens diplômés d'état	25,50 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Examens de laboratoire et prélèvements	100 % TM
MEDICAMENTS	
Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM
Pharmacie à 30 %	100 % TM
Pharmacie à 15 %	Néant
Honoraires de dispensation	100 % TM
Contraceptif oral prescrit non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	54,00 € par année civile et par bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits médicalement et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	2 fois 32,00 € par année civile et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL	
Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ✓ non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire 	100 % TM + 589,50 € 589,50 €
Prothèses capillaires : <ul style="list-style-type: none"> ✓ prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ✓ non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire 	100 % TM + 197,00 € 197,00 €
Orthopédie	100 % TM + 50 % BR
Petits appareillages	100 % TM + 50 % BR
Grands appareillages	100 % TM + 35 % BR

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

FD
L G VS
POR
SC MJS

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)

NATURE DES FRAIS AUTRES ACTES	PRESTATIONS
Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs	45,00 € par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues
Transport et déplacement	100 % TM

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
DU 1^{er} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020	
Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 180 % BR
Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 215 % BR
A COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2021	
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente.	
EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) – CLASSE I	
Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire (**)
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE II	
Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 95 % BR (***)
Fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 215 % BR

(*) tel que défini réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(***) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + contrat complémentaire frais de santé). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes (piles et accessoires).

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

CURE THERMALE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Etablissement thermal	100 % TM
Hébergement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 50 % BR

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE(*)	
Soins et prothèses 100 % santé	100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire(**)
SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE(*)	
Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 50 % BR
Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	455,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant)	455,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond)	455,00 € par dent

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)	
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Prothèses mobiles	100 % TM + 170 % BR
Inlay core	100 % TM + 240 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	45 € (*) par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire
ORTHODONTIE	
Orthodontie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 125 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % BR reconstituée

(*) tel que définis réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des honoraires limites fixés par la réglementation

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
EQUIPEMENTS	
Limites : <ul style="list-style-type: none"> ♦ un renouvellement de lunettes toutes les deux années dites glissantes pour les adultes (1) décomptées à compter de la date d'acquisition dudit équipement (composé d'une monture et de 2 verres) ♦ en cas d'évolution du défaut visuel (sur présentation d'une nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue ou de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) annotée par l'opticien) ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée à une année. ♦ le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables. 	
EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) – CLASSE A*	
Monture, verres, suppléments optiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire (**)
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE B	
Verres, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :	
✓ verre simple	40,50 € par verre
✓ verre complexe	141,00 € par verre
✓ verre hypercomplexe	212,00 € par verre
Monture, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :	
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	48,50 €
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	57,00 €
Supplément optique pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :	
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	100 % TM + 60 % BR
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	100 % TM + 310 % BR
AUTRES ACTES	
Lentilles correctrices prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 310 % BR + 77,50 €
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	77,50 €
Prothèses oculaires	100 % TM + 350 % BR
Chirurgie réfractive	533,50 € par oeil

(*) tel que défini réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation

(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement
 (2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.
 (3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Handwritten notes and signatures:
 LG
 RD
 MS
 VS
 SC

HOSPITALISATION – ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait journalier hospitalier en service psychiatrie	100 % des frais réels
HONORAIRES	
Honoraires du praticien	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % TM + 120 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 45 % BR 100 % TM + 25 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % TM + 120 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 45 % BR 100 % TM + 25 % BR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % des frais réels
AUTRES ACTES	
Frais de séjour (les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge) :	100 % TM
Chambre particulière :	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ médecine, chirurgie, obstétrique, maternité ✓ soins de suite et réadaptation ✓ psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> 46,00 € par jour 44,00 € par jour 44,00 € par jour
Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	44,00 € par jour

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)
 TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

9 60 L6
 VLD
 BR SC

Aménagements suite à mise en conformité contrat responsable
Aménagements suite à maintien des garanties

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : 	100 % TM + 90 % BR 100 % TM + 70 % BR 100 % TM
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : 	100 % TM + 70 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM
Honoraires des sages-femmes	100 % TM
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % des frais réels
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Honoraires auxiliaires médicaux	100 % TM
Honoraires diététiciens diplômés d'état	25,50 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Examens de laboratoire et prélèvements	100 % TM
MEDICAMENTS	
Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM
Pharmacie à 30 %	100 % TM
Pharmacie à 15 %	Néant
Honoraires de dispensation	100 % TM
Contraceptif oral prescrit non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	54,00 € par année civile et par bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits médicalement et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	2 fois 32,00 € par année civile et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL	
Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ✓ non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire 	100 % TM + 589,50 € 589,50 €
Prothèses capillaires : <ul style="list-style-type: none"> ✓ prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ✓ non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire 	100 % TM + 197,00 € 197,00 €
Orthopédie	100 % TM + 50 % BR
Petits appareillages	100 % TM + 50 % BR
Grands appareillages	100 % TM + 35 % BR

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)

NATURE DES FRAIS AUTRES ACTES	PRESTATIONS
Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs	45,00 € par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues
Transport et déplacement	100 % TM

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
DU 1^{er} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020	
Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 265 % BR
Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 315 % BR
A COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2021	
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente.	
EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) – CLASSE I*	
Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire(**)
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE II	
Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 140 % BR (***)
Fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 315 % BR

(*) tel que défini réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(***) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + contrat complémentaire frais de santé). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes (piles et accessoires).

CURE THERMALE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Établissement thermal	100 % TM
Hébergement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 50 % BR

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE(*)	
Soins et prothèses 100 % santé	100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire(**)
SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE(*)	
Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 50 % BR
Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	455,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant)	455,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond)	455,00 € par dent

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)	
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Prothèses mobiles	100 % TM + 220 % BR
Inlay core	100 % TM + 310 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	45,00 € par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire
ORTHODONTIE	
Orthodontie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 125 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % BR reconstituée

(*) tel que définis réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des honoraires limites fixés par la réglementation

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Limites :	
<ul style="list-style-type: none"> * un renouvellement de lunettes toutes les deux années dites glissantes pour les adultes (1) décomptées à compter de la date d'acquisition dudit équipement (composé d'une monture et de 2 verres) * en cas d'évolution du défaut visuel (sur présentation d'une nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue ou de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) annotée par l'ophticien) ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée à une année. * le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables 	
EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) – CLASSE A	
Monture, verres, suppléments optiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire(**)
EQUIPEMENT A TARIF LIBRE(*) – CLASSE B	
Verres, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :	
✓ verre simple	57,00 € par verre
✓ verre complexe	162,00 € par verre
✓ verre hypercomplexe	260,00 € par verre
Monture, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :	
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	83,50 €
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	100,00 €
Supplément optique pris en charge par l'assurance maladie obligatoire :	
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	100 % TM + 60 % BR
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	100 % TM + 310 % BR
AUTRES ACTES	
Lentilles correctrices prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 310 % BR + 195,00 €
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	195,00 €
Prothèses oculaires	100 % TM + 350 % BR
Chirurgie réfractive	574,50 € par œil

(*) tel que défini réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation

(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement

(2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.

(3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Avenant N° 4 à l'accord « Santé » du 7 juillet 2011

12

L6

YB
JF

AD R

SC

HOSPITALISATION – ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait journalier hospitalier en service psychiatrie	100 % des frais réels
HONORAIRES	
Honoraires du praticien	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	<p>100 % TM + 120 % BR 100 % TM + 100 % BR</p> <p>100 % TM + 45 % BR 100 % TM + 25 % BR</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	<p>100 % TM + 120 % BR 100 % TM + 100 % BR</p> <p>100 % TM + 45 % BR 100 % TM + 25 % BR</p>
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % des frais réels
AUTRES ACTES	
Frais de séjour (les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge) :	100 % TM
Chambre particulière : <ul style="list-style-type: none"> ✓ médecine, chirurgie, obstétrique, maternité ✓ soins de suite et réadaptation ✓ psychiatrie 	<p>68,50 € par jour</p> <p>49,00 € par jour</p> <p>49,00 € par jour</p>
Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	44,00 € par jour

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

ANNEXE 2 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE DU REGIME «SURCOMPLEMENTAIRES » A ADHESION FACULTATIVE

Additionnelles à de celles du « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ».

Aménagements suite à mise en conformité règles Sécurité sociale Aménagements suite à maintien des garanties

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste :			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	30 % BR	80 % BR	230 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	50 % BR	100 % BR	250 % BR
▪ Hors parcours de soin :	Néant	Néant	Néant
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	Néant
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	20 % BR	20 % BR	20 % BR
▪ Hors parcours de soin :	Néant	Néant	Néant
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Honoraires diététiciens diplômés d'état	9,00 €	9,00 €	12,00 €
	par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire		
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	Néant
Pharmacie à 30 %	Néant	Néant	Néant
Pharmacie à 15 %	Néant	Néant	100 % TM
Vaccins prescrits médicalement non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	109,00 € par année civile et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
Orthopédie	60 % BR	60 % BR	120 % BR
Petits appareillages	60 % BR	60 % BR	120 % BR
Grands appareillages	60 % BR	60 % BR	120 % BR
AUTRES ACTES			
Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs	11,50 €	11,50 €	13,50 €
	par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues		

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM : Ticket modérateur -

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
DU 1^{er} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020			
Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	125 % BR	125 % BR	255 % BR
Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	145 % BR	145 % BR	295 % BR

AIDES AUDITIVES (SUITE)			
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
A COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2021			
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente.			
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE II			
Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	70 % BR	70 % BR	150 % BR
Fournitures, entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	145 % BR	145 % BR	295 % BR

(*) tel que défini réglementairement

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE			
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE			
Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	50 % BR
Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	38,50 € par dent	142,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant)	Néant	38,50 € par dent	142,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond)	Néant	38,50 € par dent	142,00 € par dent
Prothèses mobiles	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Inlay core	140 % BR	140 % BR	240 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	11,50 €	22,00 €	27,50 €
	par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire		
Implants dentaires non pris en charge l'assurance maladie obligatoire (hors couronne sur implant)	603,00 €	659,50 €	659,50 €
	par dent dans la limite de 3 implants par année civile et par bénéficiaire		
ORTHODONTIE			
Orthodontie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	75 % BR	125 % BR	200 % BR

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
EQUIPEMENTS			
Limites :			
<ul style="list-style-type: none"> * un renouvellement de lunettes toutes les deux années dites glissantes pour les adultes (1) décomptées à compter de la date d'acquisition dudit équipement (composé d'une monture et de 2 verres) * en cas d'évolution du défaut visuel (sur présentation d'une nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue ou de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) annotée par l'opticien) ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée à une année. * le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables. 			
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE B			
Verres :			
✓ verre simple	33,00 € par verre	45,00 € par verre	73,50 € par verre
✓ verre complexe	55,00 € par verre	112,00 € par verre	189,00 € par verre
✓ verre hypercomplexe	68,00 € par verre	90,00 € par verre	173,50 € par verre

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Monture, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :			
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	35,00 €	35,00 €	90,00 €
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	63,00 €	83,00 €	208,00 €
AUTRES ACTES			
Lentilles correctrices prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	117,50 €	117,50 €	215,50 €
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	117,50 €	117,50 €	249,00 €
Chirurgie réfractive	126,00 € par œil	126,00 € par œil	316,00 € par œil

(*) tel que défini réglementairement

(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement

(2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.

(3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

HOSPITALISATION – ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES			
Honoraires du praticien			
❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	20 % BR	50 % BR	125 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	40 % BR	70 % BR	145 % BR
▪ Hors parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	Néant
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	20 % BR	20 % BR	20 % BR
❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	20 % BR	50 % BR	125 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	40 % BR	70 % BR	145 % BR
▪ Hors parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	Néant
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	20 % BR	20 % BR	20 % BR
AUTRES ACTES			
Chambre particulière :			
✓ médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	22,50 € par jour	29,00 € par jour	61,00 € par jour
✓ soins de suite et réadaptation	24,50 € par jour	31,00 € par jour	63,00 € par jour
✓ psychiatrie	24,50 € par jour	31,00 € par jour	63,00 € par jour
Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	5,00 € par jour	5,00 € par jour	5,00 € par jour

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, limité, le cas échéant, à la part du ticket modérateur reconstitué non prise en charge au titre des garanties du contrat obligatoire, en raison de l'application des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

Handwritten notes:
 A heart symbol, "L6", "K18", "BDR", and "SC".

Aménagements suite à mise en conformité règles Sécurité sociale
Aménagements suite à maintien des garanties

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste :			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	30 % BR	80 % BR	230 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	50 % BR	100 % BR	250 % BR
▪ Hors parcours de soin :	Néant	Néant	Néant
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	Néant
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	20 % BR	20 % BR	20 % BR
▪ Hors parcours de soin :	Néant	Néant	Néant
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Honoraires diététiciens diplômés d'état	9,00 €	9,00 €	12,00 €
	par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire		
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	Néant
Pharmacie à 30 %	Néant	Néant	Néant
Pharmacie à 15 %	Néant	Néant	100 % TM
Vaccins prescrits médicalement non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	109,00 € par année civile et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
Orthopédie	60 % BR	60 % BR	120 % BR
Petits appareillages	60 % BR	60 % BR	120 % BR
Grands appareillages	60 % BR	60 % BR	120 % BR
AUTRES ACTES			
Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs	11,50 €	11,50 €	13,50 €
	par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues		

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
DU 1^{er} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020			
Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	40 % BR	40 % BR	170 % BR
Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	45 % BR	45 % BR	195 % BR
A COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2021			
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente.			
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE II			
Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	25 % BR	25 % BR	105 % BR
Fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	45 % BR	45 % BR	195 % BR

(*) tel que défini réglementairement - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE(*)			
Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	50 % BR
Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	38,50 € par dent	142,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant)	Néant	38,50 € par dent	142,00 € par dent
Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond)	Néant	38,50 € par dent	142,00 € par dent
Prothèses mobiles	50 % BR	50 % BR	125 % BR
Inlay core	70 % BR	70 % BR	170 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	11,50 €	22,00 €	27,50 €
	par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire		
Implants dentaires non pris en charge l'assurance maladie obligatoire (hors couronne sur implant)	603,00 €	659,50 €	659,50 €
	par dent dans la limite de 3 implants par année civile et par bénéficiaire		
ORTHODONTIE			
Orthodontie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	75 % BR	125 % BR	200 % BR

(*) tel que définis réglementairement

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
EQUIPEMENTS			
Limites :			
<ul style="list-style-type: none"> • un renouvellement de lunettes toutes les deux années dites glissantes pour les adultes (1) décomptées à compter de la date d'acquisition dudit équipement (composé d'une monture et de 2 verres) • en cas d'évolution du défaut visuel (sur présentation d'une nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue ou de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) annotée par l'opticien) ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée à une année. • le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables. 			
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE B			
Verres, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :			
✓ verre simple	16,50 € par verre	28,50 € par verre	57,00 € par verre
✓ verre complexe	34,00 € par verre	91,00 € par verre	168,00 € par verre
✓ verre hypercomplexe	20,00 € par verre	42,00 € par verre	124,50 € par verre
Monture, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire :			
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	Néant	Néant	55,00 €
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	20,00 €	40,00 €	165,00 €
AUTRES ACTES			
Lentilles correctrices prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	98,00 €
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	131,50 €
Chirurgie réfractive	85,50 € par œil	85,50 € par œil	275,50 € par œil

(*) tel que défini réglementairement (1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement (2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.(3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

4/6
L6
BDR
KX
SC

HOSPITALISATION – ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES			
Honoraires du praticien			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 			
AUTRES ACTES			
Chambre particulière :			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ médecine, chirurgie, obstétrique, maternité ✓ soins de suite et réadaptation ✓ psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> Néant 19,50 € par jour 19,50 € par jour 	<ul style="list-style-type: none"> 6,50 € par jour 26,00 € par jour 26,00 € par jour 	<ul style="list-style-type: none"> 38,50 € par jour 58,00 € par jour 58,00 € par jour
Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	5,00 € par jour	5,00 € par jour	5,00 € par jour

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)
 BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, limité, le cas échéant, à la part du ticket modérateur reconstitué non prise en charge au titre des garanties du contrat obligatoire, en raison de l'application des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.