

Avenant n°3 du 4 octobre 2024

(Non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2025)

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

SETO

Les entreprises du voyage

Syndicat(s) de salariés :

CFTC

FNECS CFE-CGC

FS CFDT

SNEPAT FO

Préambule

Les partenaires sociaux ont instauré un régime de protection sociale complémentaire frais de santé au profit de l'ensemble des salariés des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des opérateurs de voyages et des guides (IDCC 3245) issue de la fusion de la convention collective des guides-interprètes de la région parisienne (n° 349) et des guides accompagnateurs (n° 412) avec celle des agences de voyages et de tourisme (n° 1710).

Afin que les entreprises et les salariés puissent bénéficier d'un régime mutualisé, dans un objectif de pérennité et d'efficacité, les partenaires sociaux décidaient la recommandation d'un organisme assureur au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Le régime conventionnel de frais de santé a été créé par voie d'accord conclu le 21 septembre 2015. La recommandation a pris effet le 1^{er} janvier 2016 et le régime a été étendu le 3 mai 2017. Un avenant rectificatif a ensuite été négocié et conclu le 22 octobre 2019.

Afin de poursuivre l'objectif de mutualisation du régime, la branche a validé le lancement d'une nouvelle consultation en vue de recommander plusieurs organismes assureurs pour assurer et gérer le régime de protection sociale complémentaire santé à effet du 1^{er} janvier 2025, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application.

À l'issue de cette consultation et dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, les partenaires sociaux ont décidé la recommandation de deux organismes assureurs pour une période de 5 ans.

Le présent avenant modifie et complète l'accord du 21 septembre 2015 définissant le régime de frais de santé conventionnel.

Article 1 : Entreprises de moins de 50 salariés

Il est précisé qu'au regard de l'article L. 2232-10-1 du Code du travail, le présent avenant ne contient pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. Les dispositions du présent avenant sont applicables de manière indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture minimale uniforme.

Article 2 :

L'article 4 de l'accord du 21 septembre 2015 est modifié et complété comme suit :

4.1. Volet obligatoire

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » tels que régis par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le montant de la cotisation seront modifiés par avenant au présent accord.

Les entreprises adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs recommandés ont le choix parmi les trois niveaux de garantie précisés en annexe pour la couverture obligatoire qu'elles souhaitent mettre en place.

Les entreprises non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs recommandés devront respecter au moins les mêmes niveaux de garanties que le régime de base.

En tout état de cause, les entreprises soumises au présent accord devront permettre l'accès à une couverture :

- D'une part, des salariés dont l'adhésion est obligatoire ;
- D'autre part, de leurs ayants droit dont l'adhésion est facultative

4.2. Volet facultatif

En fonction du niveau de base obligatoire souscrit, les entreprises ont la possibilité de proposer à leurs salariés d'adhérer, à titre facultatif, à un ou plusieurs niveaux optionnels. Le tableau résumant le niveau de ces options est joint en annexe II.

Article 3 :

L'article 5 de l'accord du 21 septembre 2015 est modifié et complété comme suit :

5.1. Structure de la cotisation

5.1.1 Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié » pour le volet obligatoire défini à l'article 4.1. Dans les entreprises ayant instauré une option prévue par l'article 4.2 du présent accord, les salariés choisissant d'y adhérer acquittent la cotisation « salarié ».

5.1.2. En parallèle, les salariés ont la possibilité de couvrir un ou plusieurs de leurs ayants droit (conjoint et/ou enfant [s]) pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime (volet obligatoire et, le cas échéant, volet facultatif). Pour chaque adhésion d'ayant droit, une cotisation supplémentaire « conjoint » ou « enfant » devra être acquittée par le salarié.

5.1.3 Par conjoint, il faut entendre :

- L'époux ou l'épouse de l'assuré non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- Ou à défaut, le partenaire lié par un PACS en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- Ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil

5.1.4 Par enfant, il faut entendre :

Sont réputés à charge du salarié, les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire ou soit soumis à l'obligation du versement d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgés de moins de 18 ans ;
- Bénéficier d'un régime de Sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;

La limite d'âge susvisée est portée à 26 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- Poursuite d'études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED
- Poursuite d'une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus
- Recherche active d'emploi, c'est-à-dire être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle
- D'être employés dans un ESAT ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés

La limite d'âge est supprimée en cas d'invalidité équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité".

5.2 Montant et répartition de la cotisation

5.2.1 Volet obligatoire

La cotisation obligatoire « salarié » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

La cotisation facultative des ayants droit est financée à 100 % par le salarié.

Les cotisations globales ci-dessus définies sont fixées dans les conditions suivantes.

a) Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale :

En pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale

Garanties	Salarié	Conjoint	Enfant (Gratuité à partir du 3ème enfant)
Niveau 1 - Socle minimum obligatoire	1,17%	1,31%	0,93%
Niveau 2	1,54%	1,73%	1,18%
Niveau 3	1,92%	2,07%	1,67%

b) Salarié affilié au régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle :

En pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale

Garanties	Salarié	Conjoint	Enfant (Gratuité à partir du 3ème enfant)
Niveau 1 - Socle minimum obligatoire	0,76%	0,86%	0,61%
Niveau 2	1,07%	1,21%	0,86%
Niveau 3	1,52%	1,66%	1,35%

5.2.2 Volet facultatif

Les cotisations supplémentaires au volet obligatoire du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit sont financées à 100 % par le salarié.

Les cotisations facultatives ci-dessus définies sont fixées dans les conditions suivantes :

a) Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale :

En pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale

Garanties optionnelles	Salarié	Conjoint	Enfant (Gratuité à partir du 3ème enfant)
Régime facultatif en complément de la garantie obligatoire Niveau 1			
Niveau 2 en option	+0,48%	+0,48%	+0,28%
Niveau 3 en option	+0,94%	+0,94%	+0,82%
Régime facultatif en complément de la garantie obligatoire Niveau 2			
Niveau 3 en option	+0,44%	+0,44%	+0,54%

b) Salarié affilié au régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle :

En pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale

Garanties optionnelles	Salarié	Conjoint	Enfant (Gratuité à partir du 3ème enfant)
Régime facultatif en complément de la garantie obligatoire Niveau 1			
Niveau 2 en option	+0,48%	+0,48%	+0,28%
Niveau 3 en option	+0,94%	+0,94%	+0,82%
Régime facultatif en complément de la garantie obligatoire Niveau 2			
Niveau 3 en option	+0,44%	+0,44%	+0,54%

5.3. Modalité de financement de la couverture des guides et accompagnateurs visés au préambule de l'accord du 21 septembre 2015.

5.3.1. Côté salarié

Les salariés acquittent mensuellement et en totalité la cotisation globale finançant le régime (équivalent à la somme de la part salariale et de la part patronale, telles qu'indiquées à l'article 5.2.1), directement auprès de l'organisme assureur et cela pendant toute la durée de leur adhésion, soit en principe jusqu'au terme des 12 mois tels que prévus à l'article 3.4 du présent accord.

5.3.2. Côté employeur

Les entreprises rembourseront la quote-part minimale de contribution patronale mensuelle prévue par l'article 5.2.1 du présent accord, à l'issue de chaque mois, sur leur bulletin de paie, à concurrence de 1/20 par jour de travail.

Toute journée de travail au titre de laquelle ces salariés effectuent une mission, quel qu'en soit le nombre d'heures, est reconnue comme une journée pleine.

Article 4 :

L'article 6 de l'accord du 21 septembre 2015 est modifié comme suit :

6.1. Degré élevé de solidarité

6.1.1. Les organismes assureurs recommandés mettent en œuvre, dans le cadre du contrat garantissant les risques assurantiels tels que définis à l'article 4 du présent accord, au moins l'une des prestations à caractère non directement contributif définies par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

La liste de ces prestations est jointe en annexe II du présent accord.

6.1.2. Le financement de ces prestations est assuré par l'affectation de 2 % de la cotisation globale versée par les entreprises.

6.1.3. Les entreprises doivent mettre en œuvre ces prestations même si elles n'adhèrent pas au contrat d'assurance souscrit auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

Dans ce cas, le financement des prestations du degré élevé de solidarité prévu à l'article 6.1.2 est affecté à l'organisme assureur qui couvre, dans leur entreprise, les risques assurantiels de remboursement « frais médicaux » tels que définis dans le décret d'application no 2014-1498 du 11 décembre 2014.

6.2 Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander deux organismes assureurs aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties de frais de santé prévues par ledit accord, au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux articles [L. 912-1](#) et [D. 912-13](#) du code de la sécurité sociale.

Les organismes assureurs sont les suivants :

- AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14 – 16, boulevard Malesherbes 75008 Paris – Siren 333 232 270.
- APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 321 862 500. Siège social : 51 boulevard Vivier Merle 69003 LYON.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 5 :

Les tableaux de garanties de l'annexe I de l'accord du 21 septembre 2015 sont modifiés.
Ils sont joints en annexe 1 du présent avenant.

Article 6 : Suivi de l'accord

Le présent régime est administré par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 31 août suivant la date de clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime seront précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative en concertation avec la CPPNI.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou les cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la CPPNI.

Article 7 : Prise d'effet

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} janvier 2025.

Article 8 : Révision

L'accord pourra être révisé dans les conditions des articles L 2261-7 et suivants du Code du travail. Information devra en être faite à chacune des autres parties habilitées à engager la procédure de révision par courrier électronique au secrétariat de la CPPNI ou par courrier recommandé avec accusé de réception. Toute demande de révision devra être accompagnée d'une proposition de rédaction nouvelle.

Article 9 : Dépôt et extension

Le présent avenant donnera lieu à dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et D 2231-3 du code du travail, à savoir dépôt en autant d'exemplaires que nécessaire, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique auprès des services du ministre chargé du travail et en un exemplaire auprès du greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Annexe 1 – Tableaux de garanties

Base (Niveau 1) – Opérateurs de voyage et Guides

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.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		280% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		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 : Non adhérents DPTM :	280% BR 200% BR	Néant 200% BR
Chambre particulière		1,5% PMSS/jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1% PMSS/jour	

TRANSPORT		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Transport remboursé SS	100% BR	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	120% BR 100% BR	Néant 100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR	Néant 150% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR	Néant 150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	120% BR 100% BR	Néant 100% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		110 % BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		110 % BR	

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	110 % BR	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :		
► remboursés SS	100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS	100 % BR	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) :		
- Petit appareillage	125 % BR	
- Grand appareillage	165 % BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	

AIDES AUDITIVES (***)		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction), par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% BR + 360€ par oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction), par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% BR + 300€ par oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements 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 régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	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	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	100% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	195% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	195% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100 % BR	
Inlay core	195% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	195% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	225% BR	

(*) 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		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	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)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100€	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	
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	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Forfait de 100€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Forfait de 100€ par année civile et par bénéficiaire	

(*) Equipements 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 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.

(***) Equipements 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 UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	60 €	50 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	100 €	80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	50 €
		SPH > 0 et S > + 6	100 €	80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	100 €	80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	100 €	80 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	100 €	80 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	120 €	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	100 €	80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	120 €	100 €
		SPH > 0 et S > + 8	120 €	100 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	120 €	100 €

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

AUTRES FRAIS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance	OUI

ABREVIATIONS :

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

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs 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 fixées 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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

Niveau 2 – Opérateurs de voyage et Guides

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.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		380% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		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 : Non adhérents DPTM :	380% BR 200% BR	Néant 200% BR
Chambre particulière		2% PMSS/jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1% PMSS/jour	

TRANSPORT		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Transport remboursé SS	100% BR	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	160% BR 140% BR	Néant 140% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 180% BR	Néant 180% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 180% BR	Néant 180% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	160% BR 140% BR	Néant 140% BR
► non remboursés SS			
Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie, Podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30€ par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire, pour l'ensemble des spécialités	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		200% BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		200% BR	
Analyses et examens de laboratoire			

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	200% BR	
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :		
► remboursés SS	100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS	100% BR	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) :		
- Petit appareillage	180% BR	
- Grand appareillage	220% BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR	

AIDES AUDITIVES (***)		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction), par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% BR + 700€ par oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction), par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% BR + 300€ par oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements 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 régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	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	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	200% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	300% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	200% BR	
Inlay core	300% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	200% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	300% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Forfait de 300€ par année civile et par bénéficiaire	

(*) 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		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	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)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	
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	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipiosis / verres iséiconiques)	100% BR dans la limite des PLV	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Forfait de 150€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Forfait de 150€ par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Forfait de 150€ par œil, par année civile et par bénéficiaire	

(*) Equipements 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 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.

(***) Equipements 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	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	90 €	75 €
		SPH < - 6 ou > + 6	150 €	125 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	125 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €	125 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	125 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150 €	125 €
		SPH < - 4 ou > + 4	250 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	125 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €	125 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	200 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	200 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	200 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance	OUI

ABREVIATIONS :

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

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs 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 fixées 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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

Niveau 3 – Opérateurs de voyage et Guides

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.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		480% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		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 : Non adhérents DPTM :	480% BR 200% BR	Néant 200% BR
Chambre particulière		2,5% PMSS/jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		1,5% PMSS/jour	

TRANSPORT		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Transport remboursé SS	100% BR	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250% BR 200% BR	Néant 200% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	Néant 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	Néant 200% BR
► non remboursés SS			
Chiropractie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie, Podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		45€ par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire, pour l'ensemble des spécialités	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		260% BR	
Psychologues (actes remboursés SS)		260% BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		260% BR	
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Médicaments :			
► remboursés SS		100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
► remboursée SS		100% BR	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) : - Petit appareillage - Grand appareillage		260% BR 300% BR	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100% BR	

AIDES AUDITIVES (***)		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
		CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente		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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente		100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Equipements libres (****) :		

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% BR + 1000€ par oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100% BR + 300€ par oreille dans la limite de 1700 € RSS inclus
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) 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).

(****) Equipements 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 régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	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	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	300% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	400% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	300% BR	
Inlay core	400% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	270% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	400% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Forfait de 600€ par année civile et par bénéficiaire	

(*) 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		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	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)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B :		

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Enfant - de 16 ans (**)		
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	
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	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)	100% BR dans la limite des PLV	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Forfait de 250€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Forfait de 250€ par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Forfait de 250€ par œil, par année civile et par bénéficiaire	

(*) Equipements 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 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.

(***) Equipements 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	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	140,00 €	115,00 €
		SPH < - 6 ou > + 6	200,00 €	175,00 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	140,00 €	115,00 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	140,00 €	115,00 €
		SPH > 0 et S > + 6	200,00 €	175,00 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	200,00 €	175,00 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	200,00 €	175,00 €

PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	200,00 €	175,00 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350,00 €	300,00 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200,00 €	175,00 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200,00 €	175,00 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350,00 €	300,00 €
		SPH > 0 et S > + 8	350,00 €	300,00 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350,00 €	300,00 €

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance	OUI

ABREVIATIONS :

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

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs 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 fixées 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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)