

ANNEXE 1
À L'ACCORD DU 2 JUILLET 2015 RELATIF AU REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ
PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

(Modifié en dernier lieu par avenant n°5 du 13 octobre 2021 applicable au 1^{er} janvier 2022)

TABLEAU 1 – Prises en charge : Sécurité sociale + régime de branche			
Garanties y compris SS - y compris base pour les surcomplémentaires	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
HOSPITALISATION (1)			
Forfait hospitalier (2)	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel
Honoraires chirurgicaux et médicaux dans le cadre des DPTM	150 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires chirurgicaux et médicaux hors cadre des DPTM	130 % BRSS	160 % BRSS	180 % BRSS
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Chambre particulière	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
Chambre particulière ambulatoire	35 € / jour	40 € / jour	45 € / jour
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire
Frais d'accompagnement (3)	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
TRANSPORT			
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites généralistes *	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Consultations et visites spécialistes :	160 % BRSS	160 % BRSS	160 % BRSS
- Consultation dans le cadre des DPTM *	140 % BRSS	140 % BRSS	140 % BRSS
- Consultation hors cadre des DPTM *			
Radiologie dans le cadre des DPTM *	100 % BRSS	130 % BRSS	160 % BRSS
Radiologie hors cadre des DPTM *	100 % BRSS	110 % BRSS	140 % BRSS
Actes techniques médicaux dans le cadre des DPTM *	100 % BRSS	130 % BRSS	160 % BRSS
Actes techniques médicaux hors le cadre des DPTM *	100 % BRSS	110 % BRSS	140 % BRSS
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Analyses médicales et examens de laboratoire	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments (remboursements Sécurité sociale de 15 %, 30 % ou 65 %)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Matériel médical (appareillages et prothèses médicales remboursés par la SS)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

Garanties y compris SS - y compris base pour les surcomplémentaires	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	15 € / an	15 € / an	15 € / an
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an
AIDE AUDITIVE - un équipement par oreille tous les 4 ans - dans la limite des PLV			
Jusqu'au 31/12/2020 : Prothèses auditives	225 € / an	225 € / an	225 € / an
À compter du 01/01/2021 : Équipement 100% santé ** - Prothèse auditive classe I ***	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)		
Panier libre - Prothèse auditive classe II *** (Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale) - Bénéficiaire > 20 ans - Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité ****	400 € 1400 €	400 € 1400 €	400 € 1400 €
DENTAIRE (4)			
Soins et prothèses 100% santé **	Aucun reste à payer dans la limite des honoraires limite de facturation (6)		
Soins	100%	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Panier maîtrisé (dans la limite des HLF) / Panier libre	350 % BRSS	425 % BRSS	500 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250 % BRSS	250 % BRSS	250 % BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	400 € / an	400 € / an	400 € / an
Inlays/onlays	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Implants	400 € / an	400 € / an	500 € / an
OPTIQUE - pour tous les cas de renouvellement, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales			
Équipements 100% santé ** Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)		
Équipements libres Lunettes (monture + 2 verres) de classe B Verres Par monture de lunettes	cf. grille optique 100 €	cf. grille optique 100 €	cf. grille optique 100 €
Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale (5)	150 € / an	150 € / an	150 € / an
Opération de l'œil (par an et par bénéficiaire)	150 € / an	150 € / an	150 € / an
ACTES DE PRÉVENTION			
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

GRILLES OPTIQUES (remboursement par verre)			
Garanties y compris SS - y compris base pour les surcomplémentaires	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
Verre simple foyer - SPH de - 6 à + 6 - SPH < à -6 ou > à + 6	75 € 80 €	100 € 100 €	125 € 125 €
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique - SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4 - SPH > 0 et S ≤ + 6 - SPH > 0 et S > + 6 - SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 - SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	80 € 85 € 95 € 90 € 100 €	100 € 100 € 100 € 100 € 100 €	150 € 150 € 150 € 175 € 175 €
Verre multi-focaux ou progressif sphérique - SPH de - 4 à + 4 - SPH < à -4 ou > à + 4	125 € 150 €	190 € 190 €	210 € 210 €
Verre multi-focaux ou progressif sphéro-cylindrique - SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 - SPH > 0 et S ≤ + 8 - SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 - SPH > 0 et S > + 8 - SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	165 € 165 € 175 € 175 € 175 €	200 € 200 € 200 € 200 € 200 €	250 € 250 € 250 € 250 € 250 €
BR : Base de remboursement SS : Sécurité Sociale FR : Frais réels BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale DPTM : Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs. (*) chirurgie dite de confort non remboursée par la SS			

SPH = sphère

CYL = cylindre (+)

S = SPH + CYL

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(5) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales