

**ACCORD RÉGIONAL « FRAIS DE SANTÉ »
DU 3 JUILLET 2009
DE LA REGION CENTRE VAL DE LOIRE**

ADHERENT N°

CONTRAT d'adhésion N° [XXXX]

**RÉGIME FRAIS DE SANTÉ
ADDITIF À LA NOTICE D'INFORMATION
ÉVOLUTIONS DU CONTRAT**

ARTICLE 1 : CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Les articles L.321-1, L.322-2 II et L.322.2 III du Code de la Sécurité sociale visés à l'article « contrat solidaire et responsable » de la notice d'information sont désormais respectivement référencés : L.160-8, L. 160-13 II et L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique)»
- et « non OPTAM/ non OPTAM CO ».

Le dispositif de Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/ OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations. Ces dispositions prennent effet rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

ARTICLE 2 : 100 % SANTE

Afin de continuer à être qualifié de responsable, le contrat d'adhésion doit être modifié et intégrer notamment les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes. Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable sont inchangées.

Les garanties de votre notice d'information sont modifiées **à effet du 1^{er} janvier 2020**. Vous trouverez en annexe de votre lettre avenant votre tableau de garanties.

➤ **DENTAIRE :**

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie des **actes du panier « 100% santé »**, puis **au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100% santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

➤ **OPTIQUE :**

a. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2020**.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement, est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »**,
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »**.

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Institution sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Institution depuis le 1^{er} janvier 2018. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- *pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;*
- *pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;*
- *par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.*

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La justification de cette évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Constitue une évolution de la vue :

- la variation 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,
- la 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,
- la 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,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

➤ **AIDE AUDITIVE**

Les évolutions suivantes entreront en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 3 : TIERS-PAYANT GENERALISE

L'article « tiers payant » de la notice d'information est désormais intitulé « tiers payant généralisé » et est remplacé comme suit **à effet rétroactif du 1^{er} janvier 2017** :

« Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du participant et ses bénéficiaires, un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution. »

ARTICLE 4 : RECLAMATIONS - MEDIATION

L'article relatif aux « réclamations-médiation » de la notice d'information est modifié comme suit, **à effet rétroactif du 1^{er} janvier 2018** :

« L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

*Malakoff Humanis Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex*

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

*Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>*

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé. »

ARTICLE 5 : CONTROLE DE L'INSTITUTION

Depuis le 1^{er} juillet 2018, l'adresse postale de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, chargée du contrôle de l'organisme assureur, mentionnée à l'article « Contrôle de l'organisme assureur » de la notice d'information est modifiée comme suit :

« 4 Place de Budapest, CS 92549, 75436 PARIS CEDEX 9 »

ARTICLE 6 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les dispositions relatives à la « protection des données à caractère personnel » et à la « prospection commerciale par voie téléphonique » mentionnées au sein de la notice d'information sont remplacées comme suit, **à effet du 1^{er} janvier 2020** :

« Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la

loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que : Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis du participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition du participant et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du participant et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr».

ANNEXE – GARANTIES 1/2



Le tableau de garanties de la notice d'information est remplacé comme suit :

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient ainsi que du régime socle pour les régimes surcomplémentaire.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

		REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION 1	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION 2	
H HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	
	Honoraires			
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR	255 % BR	
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée	
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA			
	Par nuitée (hospitalisation)	80 €	80 €	
	Par nuitée (maternité)	80 €	80 €	
	Par nuitée (psychiatrie)	80 €	80 €	
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	80 €	80 €	
Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA				
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée	40 €	40 €		
Forfait maternité	doublé en cas de naissance gémellaire	1/3 FMSS	1/3 FMSS	
Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (9)	sans reste à payer (9)	
DENTAIRE (9) auprès d'un professionnel	Soins			
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	
	Inlay/onlay	270 % BR	370 % BR	
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par acte et par bénéficiaire	200 €	200 €	
	Prothèses autres que 100 % Santé			
	Prothèses remboursées	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	270 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11 % FMSS	370 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 15 % FMSS
	Prothèses non remboursées	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par acte et par bénéficiaire	8 % FMSS	10 % FMSS
	Implantologie			
	Implant - par implant et par bénéficiaire	240 €	240 €	
	Pilier implantaire - par pilier implantaire et par bénéficiaire	160 €	160 €	
Orthodontie (6)				
Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre de traitement et par bénéficiaire	400 % BR	400 % BR		
Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	400 €	400 €		
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer à la notice	Équipement 100 % Santé** (classe A)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)			
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	134,5 €	150,4 €	
	par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	175 €	183 €	
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	225,0 €	250 €	
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	100 €	100 €	
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	160,0 €	160 €	
	par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	300,0 €	300 €	
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	300,0 €	300 €	
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	100 €	100 €	
Lentilles				
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (7)	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire		
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (7)	100 €	100 €		

ANNEXE – GARANTIES 2/2

 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 : Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	165 % BR	265 % BR	
	Accessoires et fournitures Piles non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire	non couvert	non couvert	
	À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité**** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	122 % BR 165 % BR	122 % BR 265 % BR
	Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	
	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR 100 % BR	200 % BR 180 % BR	
	Actes techniques médicaux Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR	
	Actes d'imagerie médicale Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR	
 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires paramédicaux auxiliaires médicaux, pédicures-podologues	100 % BR	100 % BR	
	Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	300 % BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100 % BR	100 % BR
	Cures thermales Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermal Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	70 % BR non couvert	70 % BR non couvert	
	Médicaments Médicaments remboursés à 65% Médicaments remboursés à 30% Médicaments remboursés à 15% Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	100 % BR 100 % BR 100 % BR 20 € 150 € 20 €	100 % BR 100 % BR 100 % BR 30 € 150 € 30 €	
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Eliopathie, Homéopathe, Méthode Mézières, Microkinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédiacre, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Reflexologue, Sophrologue - par an et par bénéficiaire	30 €/consultation dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire	30 €/consultation dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire	
	SERVICE	Assistance	Incluse	Incluse

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). MSA = Mutualité Sociale Agricole.

* 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 règlementairement : 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 règlementairement 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 maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans la notice d'information.

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

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

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

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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 ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies dans la notice d'information.

(10) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans la notice d'information.