

Les remboursements incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire. Plafonds et forfaits se renouvellent à la date anniversaire de l'adhésion. Seuls les forfaits optiques se renouvellent par année glissante, tous les deux ans à compter de la date d'achat. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

GARANTIES	SOCLE COMMUN SOLO 1 – 2 – 3 HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
→ Médecins adhérant à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) :	
• Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur conventionné)	300 % BR
• Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur non conventionné)	100 % BR
→ Médecins n'adhérant pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) :	
• Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur conventionné)	180 % BR
• Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur non conventionné)	100 % BR
<b>Forfait journalier Hospitalier</b>	
→ Forfait journalier hospitalier	Frais réels
<b>Établissement Conventionné</b>	
→ Frais de séjour secteur conventionné	Frais réels
→ Chambre particulière pour les établissements de lutte contre les maladies mentales : Limitée à 30 jours / an / bénéficiaire	80 € / jour
<b>Établissement Non Conventionné</b>	
→ Frais de séjour secteur non conventionné	Frais réels
→ Chambre particulière pour les établissements de lutte contre les maladies mentales : Limitée à 30 jours / an / bénéficiaire	80 € / jour
<b>Transport</b>	
→ Transport pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
→ Médecins adhérant à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) :	
• Visites, consultations et radiologie	150 % BR
• Consultations pré et post opératoires (sur justificatif)	270 % BR
→ Médecins n'adhérant pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) :	
• Visites, consultations et radiologie	100 % BR
• Consultations pré et post opératoires (sur justificatif)	100 % BR
<b>Honoraires Paramédicaux</b>	
→ Auxiliaires médicaux et soins externes	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	
→ Analyses	100 % BR
→ Dépenses de prévention (deux actes selon notice d'information)	Voir notice

GARANTIES (SUITE)	SOCLE COMMUN SOLO 1 – 2 – 3 HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS	
<b>Pharmacie</b>		
→ Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR	
<b>Prothèses médicales (hors prothèses auditives)</b>		
→ Orthopédie, Petit appareillage, Prothèses médicales et capillaires pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR	
<b>Aides auditives</b>		
→ Prothèses Auditives jusqu'au 31/12/2020	100 % BR	
→ Prothèses Auditives à compter du 01/01/2021	<b>Frais réels</b> dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	
• Équipements <b>100% SANTÉ</b> (Classe 1) (Une prise en charge pour chaque prothèse par période de 4 ans - y compris entretien annuel)		
• Équipements tarifs libres (Classe 2) (Une prise en charge pour chaque prothèse par période de 4 ans - y compris entretien annuel)	100 % BR	

GARANTIES (SUITE)	Solo 1	Solo 2	Solo 3
-------------------	--------	--------	--------

### DENTAIRE

→ Soins et prothèses <b>100% SANTÉ</b>	Frais réels dans la limite de l'Honoraire Limite de Facturation (HLF)		
→ Soins dentaires, inlay/onlay pris en charge par la Sécurité Sociale (hors 100% Santé)	200 % BR	250 % BR	300 % BR
→ Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité Sociale (hors 100% Santé)	200 % BR	250 % BR	300 % BR
• À tarifs limités (dans la limite de l'HLF)	200 % BR	250 % BR	300 % BR
• À tarifs libres	200 % BR	250 % BR	300 % BR
→ Orthodontie prise et non prise en charge par la Sécurité Sociale, implantologie, parodontologie	100 € / an	200 € / an	300 € / an
Le cumul des prestations versées au titre du « remboursement en dentaire » est limité à : (hors soins dentaires, implantologie, parodontologie, orthodontie prise et non prise en charge par la Sécurité Sociale et Soins et prothèses 100% Santé)	300 € / an	600 € / an	900 € / an

### OPTIQUE

→ Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques	100 % BR	100 % BR	100 % BR
→ Équipement <b>100% SANTÉ</b> * (verres et monture Classe A) - 1 équipement verres et monture tous les 2 ans	Frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)		

\* Équipements 100% santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de Vente – PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)

→ Équipement à tarifs libres (verres et monture Classe B), pris en charge par la Sécurité Sociale tous les 2 ans	50 €	100 €	150 € (dont 100 € maxi pour la monture)
• 2 verres simples (Classe 101 ou 102) + monture	200 € (dont 50 € maxi pour la monture)	225 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 100 € maxi pour la monture)
• 2 verres complexes (Classe 103 ou 104) + monture	125 € (dont 50 € maxi pour la monture)	150 € (dont 100 € maxi pour la monture)	175 € (dont 100 € maxi pour la monture)
• 1 verre simple (Classe 101 ou 102) et 1 verre complexe (Classe 103 ou 104) + monture	200 € (dont 50 € maxi pour la monture)	225 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 100 € maxi pour la monture)
• 2 verres Très Complexes (Classe 111, 112, 113 ou 114) + monture	125 € (dont 50 € maxi pour la monture)	150 € (dont 100 € maxi pour la monture)	175 € (dont 100 € maxi pour la monture)
• 1 verre simple (Classe 101 ou 102) ou verre complexe (Classe 103 ou 104) et 1 verre Très Complexe (Classe 111, 112, 113 ou 114) + monture			

## POUR MIEUX COMPRENDRE LES GARANTIES :

- **DPTAM** : Dispositifs de pratique Tarifaire Maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).
- **BR** : Base de Remboursement.
- **PLV** : Prix Limite de Vente (en optique et pour les aides auditives) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.
- **HLF** : Honoraire Limite de Facturation (en dentaire) correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. À compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».
- **Prothèses dentaires à tarifs limités** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaire prothétiques autres que les « Soins et prothèses 100% Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité Sociale (Honoraires Limite de facturation) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162.14-2 du Code de la Sécurité Sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale.
- **Prothèses dentaires à tarifs libres** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité Sociale.

### À NOTER :

→ **LES PLAFONDS** : s'entendent par assuré et se renouvellent à la date anniversaire de l'adhésion.

→ **POINTS OPTIQUE** :

- ✓ Les forfaits optiques s'entendent par assuré et se renouvellent tous les 2 ans par rapport à la date d'achat des lunettes.
- ✓ \*\* Les remboursements en optique hors 100% Santé (Classe B) sont en fonction du défaut de vision. Ceux-ci sont classés de la façon suivante :

**Verre de "correction simple" :**

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**Verre de "correction complexe" :**

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

**Verre de "correction très complexe" :**

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

- ✓ La garantie optique s'applique, dans la limite d'un équipement (verres + monture) par période de 2 ans (sauf en cas de changement de défaut de vision)
- ✓ Pour les équipements mixtes :
  - > Si les 2 verres sont en classe A et la monture en classe B : les verres sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV, la monture est prise en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre des verres, avec au minimum le TM (0,02 € au 1<sup>er</sup> janvier 2020) et dans la limite de 100 €.
  - > Si les 2 verres sont en classe B et la monture en classe A : la monture est prise en charge intégralement dans la limite du PLV (30 € maximum au 1<sup>er</sup> janvier 2020), les verres sont pris en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre de la monture.
  - > Pour un équipement intégralement en classe B, le forfait prévu au barème s'applique dont plafond de remboursement pour la monture à 100 €.