

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL (AMO + AMC)*	
	BASE	PRECISION
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Honoraires, actes et soins</b>		
- Médecins signataires DPTM*	170 % BR*	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires DPTM	150 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
<b>Séjours</b>		
- Frais de séjour	500 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	
- Chambre particulière	50 € par jour	
- Frais d'accompagnement	20 € par jour	Nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans inscrit au contrat. Sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement.
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes		
· Médecins signataires DPTM	170 % BR	
· Médecins non signataires DPTM	150 % BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, et les pédicures-podologues)	150 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
- Remboursés par l'AMO	150 % BR	
<b>Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)</b>		
- Médecins signataires DPTM	170 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	150 % BR	
<b>Actes d'imagerie médicale (ADI) et d'échographie (ADE)</b>		
- Médecins signataires DPTM	170 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	150 % BR	
Participation du patient	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
<b>Matériel médical</b>		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
<b>Pharmacie</b>		
- Pharmacie (hors médicaments) remboursés par l'AMO	100 % BR	
- Contraceptifs prescrits et non remboursés par l'AMO	30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Transport remboursé par l'AMO	100 % BR	
<b>DENTAIRE</b>		
- Soins, actes et consultations	100 % BR	
- Orthodontie remboursée par l'AMO	300 % BR	
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé</b>		
- Panier 100% santé	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
<b>Soins et prothèses hors 100% santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé</b>		
<b>Panier à honoraires maîtrisés</b>		
- Inlays onlays	100 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Inlay cores	200 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
<b>Panier à honoraires libres</b>		
- Inlays onlays	100 %	
- Inlay cores	200 %	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 %	
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>		
- Soins et prothèses	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour des actes codés dans la CCAM* et ayant une base de remboursement sécurité sociale.
- Parodontologie	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Implants dentaires	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe: scanner, pilier, ...
- Orthodontie	387 €	Forfait par semestre et par bénéficiaire. Jusqu'au 18 ans du bénéficiaire.

OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les bénéficiaires de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité social). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.		
<b>Équipements 100 % santé<sup>(1)</sup> (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente</b>		
- Monture	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	
- Verres (tous types de corrections)		
- Prestations d'appairage		
<b>Équipements 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres</b>		
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins		
- Monture	90 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris ticket modérateur.
- Verre simple	50 €	
- Verre complexe unifocal	55 €	
- Verre complexe multifocal ou progressif	90 €	
- Verre très complexe	90 €	
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins		
- Monture	40 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris ticket modérateur.
- Verre simple	30 €	
- Verre complexe unifocal	80 €	
- Verre complexe multifocal ou progressif	80 €	
- Verre très complexe	80 €	
<b>Autres prestations sur verres et monture</b> (dont filtres, prismes, verres isométriques, système antilapsois et prestations d'adaptation)	100 % BR	
<b>Lentilles</b>		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 100€	
- Lentilles non remboursées par l'AMO	100 €	
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	400 €	
AIDES AUDITIVES		
<b>JUSQU'AU 31/12/2020</b>		
<b>Aides auditives remboursées par l'AMO</b>		
- Aides auditives	200% BR	
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations</b>	100% BR	
<b>A COMPTER DU 01/01/2021</b>		
<b>Équipement 100% santé Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente</b>		
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	Ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)
- Aides auditives (plus de 20 ans)		
<b>Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres</b>		
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	120 % BR	Ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)
- Aides auditives (plus de 20 ans)	200 % BR	
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations</b>	100 % BR	
PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL		
- Actes de prévention	100 % BR	Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.
- Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe	60 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020. Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général. Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

\*Abréviations : **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux / **DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / **OPTAM-CO** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / **FR** : Frais réels. / **SMR** : Service Médical Rendu : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / **HLF** : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire. / **RSS** : Remboursement de l'AMO = 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

### GRILLE OPTIQUE

UNIFOCAUX/ MULTIFOCAUX	MONTANT EN € PAR VERRE
<b>ADULTE</b>	
Unifocaux	De 50,00 € à 55,00 €
Multifocaux	90,00 €
<b>ENFANT</b>	
Unifocaux	De 30,00 € à 80,00 €
Multifocaux	80,00 €

### EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

ACTES MÉDICAUX	FRAIS ENGAGÉS	BASE DE REMB. S.S.	TAUX DE REMB. S.S.	REMB. S.S.	RÉGIME CONV.	RESTE À CHARGE
<b>CONSULTATIONS</b>						
Médecin généraliste / spécialiste <b>Adhérent OPTAM</b>	25,00 €	25,00 €	70%	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Médecin généraliste / spécialiste <b>Secteur 2</b>	40,00 €	23,00 €	70%	15,10 €	18,40 €	6,50 €
Médecin spécialiste en accès direct (ex : ophtalmologue) <b>Adhérent OPTAM</b>	55,00 €	30,00 €	70%	20,00 €	30,00 €	5,00 €

### COTISATIONS 2020

TAUX DE COTISATIONS EXPRIMÉS EN POURCENTAGE DU PLAFOND MENSUEL DE SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) EN VIGUEUR		RÉGIME GÉNÉRAL DE LA S.S.	RÉGIME LOCAL ALSACE MOSELLE
<b>RÉGIME CONVENTIONNEL</b>			
Obligatoire	Salarié	1,33% PMSS	0,79% PMSS
		= 45,59 €	= 27,08 €
<b>RÉGIME ÉTENDU AUX AYANTS DROIT</b>			
Facultatif	Conjoint	1,51% PMSS	0,94% PMSS
		= 51,76 €	= 32,22 €
	Enfant*	0,75% PMSS	0,42% PMSS
		= 25,71 €	= 14,40 €

\* Gratuité de la cotisation à partir du 3<sup>ème</sup> enfant.