

TABLEAU DES GARANTIES DE BASE DES AGENTS ACTIFS AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale au régime obligatoire des militaires affectés en métropole et dans les DROM COM.

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de soins France
Hospitalisation	
Honoraires ⁽¹⁾	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 %
Forfait journalier hospitalier (FJH)	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Participation du patient	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels
Forfait Patient Urgences	100 %
Frais de séjour	
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	50 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Actes Techniques Médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 %
Télésurveillance médicale	
Télésurveillance médicale	100 %
Radiologie	
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %
Sages-femmes	100 %
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	250 %
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %
Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 %

Poste de soins	Panier de soins France
Prothèses (hors 100 % Santé)	
Panier Maîtrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	400 %
Prothèses amovibles	400 %
Prothèses provisoires	400 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	350 %
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	400 %
Prothèses amovibles	400 %
Prothèses provisoires	400 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	350 %
Implantologie	
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant ⁽⁵⁾	200 € / couronne (limite 2 couronnes / an)
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	400 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre
Aides auditives	
Equipements 100 % Santé ^{(2) (3)}	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre pour les personnes de 20 ans et plus ⁽³⁾	1 200 € / oreille
Equipements à tarif libre pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge ⁽³⁾	1 700 € / oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	250%
Optique	
Equipements 100 % Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre	
Monture	100 % + 70 € / monture
Verres	Cf. grille optique
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables ⁽⁴⁾	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	500 € / an
Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	60 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	150 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €
Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure- podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	5 séances par an dans la limite de 30€ / séance

Poste de soins	Panier de soins France
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	100 % dans la limite de 8 séances par an
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue non remboursé par la sécurité sociale	30 € / séance dans la limite de 10 séances par an
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	100 € / an
Contraception, tests de grossesse	100 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis règlementairement par le code de la Sécurité sociale.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

Les couronnes sur implants sont remboursées à hauteur de 200 € par couronne pour les 2 premières, puis le taux appliqué pour les suivantes sera celui des prothèses fixes.

TABLEAU DES GARANTIES DES AGENTS ACTIFS ET DE LEURS AYANTS DROIT AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale et option au régime obligatoire des militaires affectés en métropole et dans les DROM COM ainsi que leurs ayants droit

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Ces garanties comprennent le panier de soins et l'option.

Poste de soins	Panier de soins + Option
Hospitalisation	
Honoraires ⁽¹⁾	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200%
Forfait journalier hospitalier (FJH)	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Participation du patient	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels
Forfait Patient Urgences	100 %
Frais de séjour	
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	70€ / nuit
Soins de suite	50€ / nuit
Psychiatrie	55€ / nuit
Ambulatoire	30€ / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	40€ / nuit
Etablissement non conventionné	30€ / nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Actes Techniques Médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Télésurveillance médicale	
Télésurveillance médicale	100 %
Radiologie	

Poste de soins	Panier de soins + Option
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200%
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %
Sages-femmes	100 %
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	350 %
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %
Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 %
Prothèses (hors 100 % Santé)	
Panier Maîtrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	475 %
Prothèses amovibles	475 %
Prothèses provisoires	450 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	375 %
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	475%
Prothèses amovibles	475%
Prothèses provisoires	450 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	375 %
Implantologie	
Implants	700 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant ⁽⁵⁾	400 € / couronne (limite 2 couronnes / an)
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	450 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	450 € / semestre
Aides auditives	
Équipements 100 % Santé ^{(2) (3)}	Remboursement total de la dépense engagée
Équipements à tarif libre pour les personnes de 20 ans et plus ⁽³⁾	1 500 € / oreille
Équipements à tarif libre pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge ⁽³⁾	1 700 € / oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	350%
Optique	
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée
Équipements à tarif libre	
Monture	100 € / monture
Verres	Cf. grille optique
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables ⁽⁴⁾	200 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	750€/an
Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	90€
Sphère < 6 ou Sphère > 6	150€
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	90€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	90€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	150€

Poste de soins	Panier de soins France
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère $< - 6$	150 €
Cylindre $> + 4$, sphère de $- 6$ à 0	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de $- 4$ à $+ 4$	200€
Sphère $< - 4$ ou $> + 4$	250€
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre $\leq + 4$, sphère de $- 8$ à 0	200€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	200€
Cylindre $> + 4$, sphère de $- 8$ à 0	250€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> + 8$	250€
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère $< - 8$	250€
Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure- podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	5 séances par an dans la limite de 50€ / séance
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	100 % dans la limite de 8 séances par an
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue non remboursé par la sécurité sociale	40 € / séance dans la limite de 10 séances par an
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	150 € / an
Contraception, tests de grossesse	150 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	300 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

(5) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(6) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(8) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

(9) Les couronnes sur implants sont remboursées à hauteur de 200 € par couronne pour les 2 premières, puis le taux appliqué pour les suivantes sera celui des prothèses fixes.

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES

ACTES CLINIQUES :

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, y compris stomatologues et nutritionnistes.

ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX :

Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

AIDES AUDITIVES :

• Dispositif dit « 100% Santé » (dits de Classe I) :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du Dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

• Dispositif dit « 100% Santé » (dits de Classe II) :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties, **dans la limite de 1700 euros par oreille et par bénéficiaire (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).**

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement par oreille tous les quatre (4) ans à compter de la date d'acquisition. La date d'acquisition s'entend comme la date de dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire, au cours de la période susmentionnée.

CHAMBRE PARTICULIÈRE :

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une Chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une Hospitalisation Ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE (CHIRURGIE DE L'ŒIL) :

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations. La Chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la Chirurgie réfractive.

CURE THERMALE :

La Garantie cure thermale a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas.

Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.

DENTAIRE :

Prothèses dentaires :

La Garantie Prothèses prend en charge les couronnes et bridges, Inlays Core, Prothèses dentaires amovibles et autres Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire.

• Dispositif dit « 100% Santé » :

Le dispositif « 100% santé » s'applique en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation. Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Honoraires limites de facturation (H.L.F) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

• Dispositif dit « Hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif maîtrisé » ou « libre » sont pris en charge à hauteur des garanties fixées au Tableau des garanties, limitées aux Honoraires limites de facturation (H.L.F) pour le tarif maîtrisé, et sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Concernant les prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire : sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE :

Pour chaque implant dentaire, la Mutuelle prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisé par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son Hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un Accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

FORFAIT PATIENT URGENCES :

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

HONORAIRES DE DISPENSATION :

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un Médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Ces honoraires sont pris en charge partiellement ou totalement par le Régime Obligatoire et par le Contrat collectif (prise en charge du Ticket modérateur) à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de Médicaments remboursables.

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (H.L.F.) :

Montants maximums définis par arrêté pouvant être facturés au Membre participant à la date des soins par un chirurgien-dentiste conventionné avec le Régime Obligatoire. Les Honoraires limites de facturation (H.L.F.) sont appliqués aux prothèses dentaires identifiées dans les dispositifs dits « 100% Santé » et à « tarif maîtrisé ».

HOSPITALISATION :

L'Hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une Maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

L'Hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse,).

L'Hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'Hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

IMAGERIE MÉDICALE :

L'Imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser.

INLAY CORE :

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats santé dits « responsables », en sus du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

INLAYS-ONLAYS :

Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les Inlays-Onlays ne figurent pas dans le panier « 100 % Santé ». Ils figurent en revanche dans le panier dit « modéré » lorsqu'ils sont réalisés en composite ou alliage non précieux et dans le panier dit « libre » lorsqu'ils sont en céramique ou en alliage précieux.

Ce sont les seuls soins conservateurs pour lesquels le chirurgien-dentiste peut facturer un tarif supérieur à la base de remboursement. Le tarif des Inlays-Onlays composite ou en alliage non précieux sera toutefois plafonné. Celui des Inlays-Onlays en céramique ou alliage précieux restera quant à lui libre.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

MÉDECINES DOUCES :

Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.

Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

MÉDICAMENTS :

Les Médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre (4) taux de remboursement des Médicaments :

- 100 % pour les Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est majeur ou important (90 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 30 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est modéré et certaines préparations magistrales (80 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 15 % pour les Médicaments à Service médical rendu faible.

Les montants et Taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Un Médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Certains Médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (Médicaments dits à « prescription médicale facultative »). Le Régime Obligatoire ne rembourse que les Médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des Médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

NOMENCLATURE :

Les Nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime Obligatoire

Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Les principales Nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP),
- pour les Actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie, ...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM),
- pour les biens médicaux (appareillage ...) hors Médicaments, il s'agit de la liste des produits et prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

OPTIQUE :

- Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Sont également remboursées selon les mêmes conditions, la Prestation d'appairage et la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale) en cas d'acquisition de verres de Classe A quelle que soit la Classe dont relève la monture (Classe A ou Classe B).

- **Pour les équipements « Hors 100% Santé » (dits de Classe B) :**

La prestation est remboursée à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties dans les limites prévues par le tableau ci-dessous (incluant la part prise en charge par le Régime Obligatoire).

Quel que soit le dispositif choisi, le remboursement de la monture est toujours limité à 100 euros (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque vous optez pour un équipement mixte (monture dans le Dispositif dit « 100% Santé » et verres dans le Dispositif dit « Hors 100% Santé » ou inversement), le remboursement s'effectue comme suit :

- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « 100% Santé » : prise en charge intégrale dans la limite des Prix limites de vente,
- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « Hors 100% Santé » : prise en charge dans la limite du plafond « Hors 100% Santé », déduction faite du coût de la partie de l'équipement « 100% Santé » et dans la limite de 100 euros pour la monture.

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

Dans tous les cas, les montants des Garanties doivent être comprises entre les minima et maxima conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables aux contrats « responsables » indiqués ci-dessous :

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de :

- **deux (2) ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue,** définie réglementairement et attestée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ou d'adaptation de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance par un professionnel de santé conformément à la réglementation,
- **un (1) an** pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. Aucun délai de renouvellement n'est applicable **pour les verres** en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale,
- **six (6) mois** pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Ces limites courent à compter de la date d'acquisition figurant sur la facture remise par le professionnel de santé d'un équipement ou d'un des éléments de l'équipement. Elles tiennent compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire au cours des périodes susmentionnées. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément, sous réserve de la prise en charge par le Régime Obligatoire.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, et sous réserve de la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant l'existence d'une situation médicale particulière mentionnée dans cette liste.

PETIT APPAREILLAGE ET GRAND APPAREILLAGE :

Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.

PRESTATION D'ADAPTATION VISUELLE :

Lors du renouvellement d'une ordonnance médicale de verres correcteurs par un professionnel de santé autorisé, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par ce dernier afin d'actualiser l'ordonnance.

PRESTATION D'APPAIRAGE :

Dans les cas où un patient a besoin d'un équipement optique avec 2 types de verres différents (indices de réfraction différents), une Prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par le professionnel de santé. Lorsqu'elle concerne l'achat de verres de Classe A, cette prestation est intégrée dans le Dispositif dit « 100% Santé ».

PRIX LIMITE DE VENTE (P.L.V.) :

Le Prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un Prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par le Régime Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « Équipements 100% Santé » ont des Prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Bénéficiaires n'aient aucun Reste à charge sur ces équipements.

RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE

Régime Obligatoire (RO) ou tout autre régime français d'assurance maladie de base auquel un Bénéficiaire est affilié en vertu du Code de la sécurité sociale. Cela concerne notamment le régime d'assurance volontaire contre les risques maladie et maternité organisé par les articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la sécurité sociale.

SERVICE MÉDICAL RENDU (S.M.R.) :

Critère utilisé en santé publique pour classer les Médicaments en fonction de l'efficacité et l'utilité des Médicaments (majeur/important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

SEVRAGE TABAGIQUE :

Tout substitut nicotinique, tel que prévu dans la « Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie » non prescrit par un médecin et donc non remboursé par le Régime Obligatoire.