

TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTE au 1^{er} janvier 2020

Altice France Pôle Télécoms NATURE DES PRESTATIONS AU 01/01/2020	REGIME DE BASE RESPONSABLE en complément des prestations de la Sécurité sociale (sauf mention contraire) et dans la limite des frais réels	REGIME SUPPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE FACULTATIF en complément du régime de Base et dans la limite des frais réels
HOSPITALISATION (1)		
Frais de séjour en établissement conventionné (hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO ; y compris sanatorium, préventorium, aérium)	100% FR*	-
Frais de séjour en établissement non conventionné (hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO ; y compris sanatorium, préventorium, aérium)	90% FR*	-
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FR*	-
Honoraires - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	100% FR*	-
Honoraires - Conventionné non OPTAM / non OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR*
Honoraires - Non conventionné	100% TA + TM	90% FR*
Chambre particulière	3% PMSS / jour	-
Lit accompagnant	2% PMSS / jour	-
SOINS COURANTS		
Consultation et visite généraliste - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	220% BR	60% BR
Consultation et visite généraliste - Conventionné non OPTAM / non OPTAM-CO	100% BR + TM	180% BR - TM (170% BR - TM en SNC)
Consultation et visite généraliste - Non conventionné	100% TA + TM	170% TA - TM
Consultation et visite spécialiste - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	220% BR	130% BR
Consultation et visite spécialiste - Conventionné non OPTAM / non OPTAM-CO	100% BR + TM	250% BR - TM (240% BR - TM en SNC)
Consultation et visite spécialiste - Non conventionné	100% TA + TM	240% TA - TM
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Conventionné OPTAM / OPTAM-CO	200% BR	100% FR*
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Conventionné non OPTAM / non OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR*
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - Non conventionné	100% TA + TM	100% FR*
Imagerie médicale OPTAM / OPTAM-CO	200% BR	100% FR*
Imagerie médicale non OPTAM / non OPTAM-CO	100% BR + TM	100% FR*
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	200% BR	100% FR*
Analyses et examens de laboratoires	200% BR	100% FR*
Médicaments remboursés par la Ss	100% FR*	-
Matériel médical	220% BR	180% BR
TRANSPORT		
Frais de Transport remboursés Ss	100% TM	-
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé (A)	HLF - Ss (Rest à charge 0)	-
Soins dentaires	220% BR	200% BR
Consultation chirurgien dentiste (hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO)	220% BR	100% FR* (limité à 400% BR - BASE en SC) 90% FR* (limité à 400% BR - BASE en SNC)
Prothèses dentaires remboursées par la Ss à tarifs maîtrisés - dans la limite de 100% HLF-Ss	300% BR	160% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Ss à tarifs libres	300% BR	160% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss (bridge de base sur dent saine, pilier de bridge, prothèse fixe sur dent saine) (2)	301 € par prothèse	193,50 € par prothèse
Inlay Core 100% santé	HLF - Ss (Rest à charge 0)	-
Inlay Core à tarif maîtrisé - dans la limite de 100% HLF-Ss	300% BR	160% BR
Inlay Core à tarif libre	300% BR	160% BR
Inlay Onlay à tarif maîtrisé - dans la limite de 100% HLF-Ss	220% BR	200% BR
Inlay Onlay à tarif libre	220% BR	200% BR
Implantologie remboursée par la Ss	280% BR : maxi 3 implants / an / bénéficiaire TM + 25 % BR au-delà	180% BR : maxi 3 implants / an / bénéficiaire
Implantologie non remboursée par la Ss :		
Implantologie - Racine (pose de l'implant)	8,9% PMSS (maxi 3 / an / bénéficiaire)	5,3% PMSS (maxi 3 implants / an / bénéficiaire)
Implantologie - Pilier sur implant (faux moignon)	3,5% PMSS (maxi 3 / an / bénéficiaire)	2,2% PMSS (maxi 3 implants / an / bénéficiaire)
Parodontologie non remboursée par la Ss (3)	17,7% PMSS / an / bénéficiaire	10,7% PMSS / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Ss	200% BR	200% BR
Orthodontie non remboursée par la Ss	387 € par semestre avec un maximum de 6 semestres consécutifs	-
OPTIQUE		
Equipements 100% santé (verres, monture, ...) (B)	PLV - Ss (Reste à charge 0)	-
Verres (cf. grille optique)	Voir GRILLE OPTIQUE	100% FR*
Monture	Maximum de 100 € y compris RSS et TM	Si dans le réseau ITELIS : 50 € + 3,6 % PMSS Sinon : 50 € + 3 % PMSS
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien dans la limite de 100% PLV-Ss	100% TM	-
Lentilles remboursées ou non remboursées par la Ss (4)	7% PMSS	2% PMSS
Chirurgie réfractive (acte non remboursée par la Ss, forfait sur 2 ans)	50% PMSS / oeil / bénéficiaire	-
AIDES AUDITIVES (C)		
Jusqu'au 31 décembre 2020		
Prothèses auditives remboursées par la Ss pour les 21 ans et plus (y compris accessoires, entretien et piles remboursée par la Ss)	220% BR	180% BR
Prothèses auditives remboursées par la Ss pour les moins de 21 ans (y compris accessoires, entretien et piles remboursée par la Ss)	220% BR	180% BR
A partir du 1er janvier 2021		
Equipements 100% santé	PLV - Ss (Reste à charge 0)	-
Prothèse auditive à tarif libre remboursée par la Ss pour les 21 ans et plus	220% BR Limité à 1700 € y compris RSS et TM	180% BR
Prothèse auditive à tarif libre remboursées par la Ss pour les moins de 21 ans	220% BR Limité à 1700 € y compris RSS et TM	180% BR
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% TM	-

Altice France Pôle Télécoms NATURE DES PRESTATIONS AU 01/01/2020	REGIME DE BASE RESPONSABLE en complément des prestations de la Sécurité sociale (sauf mention contraire) et dans la limite des frais réels	REGIME SUPPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE FACULTATIF en complément du régime de Base et dans la limite des frais réels
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE		
Dépose d'un holter Tensionnel	23 € / an / bénéficiaire	-
Substitut nicotinique pris en charge par la Sécurité Sociale	3% PMSS / an / bénéficiaire	-
Dépistage de l'Hépatite B	200% BR	100% FR*
Détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum	200% BR	200% BR
Dietéticien (1 seule consultation prescrite par un médecin pendant l'existence du contrat, hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO)	1,25% PMSS	-
Examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) passé entre 50 ans et 65 ans	25€ (tous les 3 ans)	-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	35€ (1 consultation tous les 2 ans)	20 € (1 consultation tous les 2 ans)
Audition : dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de 50 ans et plus	100% TM	-
Vaccins prescrits remboursés par la Ss	100% FR*	-
Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par la Ss	100% FR*	-
Médecines douces non remboursées par la Ss : Ostéopathe -Psychologue -Psychomotricien -Tabacologue (Hors garanties non OPTAM / non OPTAM-CO) (5)	50 € / séance ; maxi 250 € / an / bénéficiaire	-
Séances d'activité physique en cas d'affection de longue durée sur prescription du médecin traitant	200 € / an / bénéficiaire	-
Connecteur Bluetooth Diabète	100 € / an / bénéficiaire	-
Tout autre acte de prévention prévu à l'article R 871-1 du code de la Sécurité sociale	100% TM	-
CURE THERMALE		
Cure thermale remboursée par la Ss (hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO)	15% PMSS / an / bénéficiaire	-
FRAIS DE MATERNITE (6)		
Consultations spécialistes - Médecins adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150% BR	50% BR
Consultations spécialistes - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% BR - TM
Accouchement normal - Médecins adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150% BR	50% BR
Accouchement normal - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% BR - TM
Accouchement chirurgical - Médecins adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO : prestation identique en cas d'hospitalisation classique - (1 seul versement)	100% FR*	-
Accouchement chirurgical - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO : prestation identique en cas d'hospitalisation classique (1 seul versement)	100% BR + TM	100% FR* (en SNC : 90% BR)
Radiographie - Médecins adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150% BR	50% BR
Radiographie - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR + TM	100% BR - TM
Analyses	150% BR	50% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	50% BR
Tous autres soins lié à l'accouchement(hors garanties non OPTAM ou non OPTAM-CO)	150% BR	50% BR
Chambre particulière	3% PMSS / jour	-
Forfait maternité	15% PMSS / enfant	-

FR * : Frais réels sous déduction des prestations versées au titre de la sécurité sociale et des régimes complémentaires.

L'ensemble des prestations du régime de base obligatoire respectent l'ensemble des conditions (planchers, plafonds, obligations, interdictions...) de la réglementation applicable au cahier des charges des contrats responsables, telles que rappelées dans l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Quelle que soit la garantie, pour tous les médecins / praticiens n'ayant pas adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le remboursement du régime obligatoire responsable sera plafonné à [100 % TM + 100 % BR]

Légende :

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - TA : Tarif d'Autorité

BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale -

RSS : Remboursement Sécurité sociale - PLV : Prix limite de vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation - SC : Secteur Conventienné - SNC : Secteur Non Conventienné

OPTAM : L'option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM-CO : L'option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

(1) L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,

- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale,

est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, seul le ticket modérateur est pris en charge. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier hospitalier (y compris en cas d'hospitalisation maternité) pour lequel le régime prend en charge l'intégralité de son montant sans limitation de durée.

(2) Les prothèses dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux dentaire ne sont pas remboursées.

(3) La parodontologie comprend par an et par bénéficiaire : Curetage/Surfaçage (2 séances), greffe gingivale (1 greffe), allongement coronaire (4 interventions), lambeau (4 /interventions).

(4) Lentilles : 100% du TM quand la garantie a atteint sa limite pour les lentilles prises en charge

(5) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets. Les psychologues doivent disposer d'un numéro ADEL (répertoire national recensant les professionnels de santé réglementés en mentionnant leurs lieux d'exercice et leurs diplômes, qu'ils exercent en libéral ou salarial).

(6) Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale

(A) date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 162-9 et L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale

(B) date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 165-1 à L.165-3 du code de la Sécurité sociale, qui comprend en optique des verres, monture et la prestation d'appairage pour les verres d'indices de réfraction différents et supplément applicable pour les verres avec filtre.

(C) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Grille OPTI 4 ITELIS

HORS PANIER 100% SANTE	Dans le réseau optique ITELIS			Hors réseau optique ITELIS		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement * Incluant le RO ** et le TM	Verre Multifocal Remboursement * Incluant le RO ** et le TM
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Intégral	Variables selon l'opticien	60 €	160 €
Modéré	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			70 €	180 €
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive			85 €	200 €
Elevé	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			125 €	220 €
Très élevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive			140 €	240 €
Monture jusqu'à 100 € y compris RO et TM					Monture	jusqu'à 100 € y compris RO et TM
Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO et TM) à hauteur des Prix Limites de Vente						

* Par verre. ** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie

LIMITE DE CONSOMMATION

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue, sous les conditions indiquées dans l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

L'ensemble des prestations de cette Grille Optique respectent les planchers et plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture) issus de l'annexe 2, ainsi que l'ensemble des autres dispositions sur les équipements optique (conditions de renouvellement...), de l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

ANNEXE

Correction			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

EN Confiance POUR MA SANTE