

Remboursements pour des prestations effectuées en France métropolitaine et outre-mer.



Énergie



Équilibre



Zen

NATURE DES FRAIS		REMBOURSEMENTS Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>				
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Honoraires :</b>				
Actes de chirurgie	Adhérents DPTM <sup>(1)</sup> : Non adhérents DPTM :	150% BR 130% BR	175% BR 155% BR	200% BR 180% BR
Actes d'anesthésie				
Actes techniques médicaux				
Autres honoraires				
<b>Chambre particulière</b>				
Avec nuitée		30 € / jour (max 30 jours / an)	45 € / jour (max 40 jours / an)	60 € / jour (max 50 jours / an)
En ambulatoire		15 €	20 €	25 €
Lit accompagnant		15 € / jour	30 € / jour	45 € / jour (max 30 jours)
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>TRANSPORT</b>				
Transport remboursé par la Ss		100% BR	100% BR	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	120% BR	150% BR	170% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR	130% BR	150% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	120% BR	150% BR	170% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR	130% BR	150% BR
Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	Adhérents DPTM :	150% BR	175% BR	200% BR
	Non adhérents DPTM :	130% BR	155% BR	180% BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	Adhérents DPTM :	120% BR	150% BR	170% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR	130% BR	150% BR
Sages femmes		100% BR	100% BR	100% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR
<b>Médicaments</b>				
Remboursés Ss		100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits et non remboursés par la Ss		50 € / an	100 € / an	150 € / an
Contraception prescrite non remboursée par la Ss		50 € / an	100 € / an	150 € / an
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Ss		100 € / an	150 € / an	200 € / an
<b>Matériel médical</b>				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages (hors auditives et hors optique)		100% BR	200% BR	250% BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Cures thermales</b>				
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport		100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires		100% BR	100% BR	100% BR
<b>MEDECINE DOUCE</b>				
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Ethiopathie		20 € / séance (3 max / an)	25 € / séance (4 max / an)	30 € / séance (5 max / an)
<b>AIDES AUDITIVES - JUSQU'AU 31.12.2020</b>				
<b>Aides auditives remboursées Ss</b>				
Aides auditives		150% BR	300% BR	400% BR
Piles et autres consommables remboursés Ss		100% BR	200% BR	200% BR
<b>AIDES AUDITIVES - A COMPTER DU 01.01.2021</b>				
<b>Equipements 100 % Santé (*) :</b>				
Aides auditives pour les personnes > 20 ans		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV (2) (**)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV (**)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV (**)
Aides auditives pour les personnes <= 20 ans ou atteintes de cécité				
<b>Equipements libres (***) :</b>				
Aides auditives pour les personnes > 20 ans		150% BR(**)	300% BR(**)	400% BR(**)
Aides auditives pour les personnes <= 20 ans ou atteintes de cécité		150% BR(**)	300% BR(**)	400% BR(**)
Piles et autres consommables remboursés par la Ss		100% BR	200% BR	200% BR

(\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(\*\*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(\*\*\*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent contrat s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

<b>DENTAIRE</b>				
<b>Soins et prothèses 100 % Santé (*)</b>				
Inlay core		Prise en charge intégrale dans la limite des HLF <sup>(3)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires				
<b>Prothèses</b>				
<b>Panier maîtrisé (**)</b>				
Inlay, onlay		150% BR dans la limite des HLF	250% BR dans la limite des HLF	350% BR dans la limite des HLF
Inlay core		200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF	400% BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		200% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF	400% BR dans la limite des HLF



Énergie



Equilibre



Zen

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		
<b>DENTAIRE (suite)</b>			
Panier libre (***)			
Inlay, onlay	150% BR	250% BR	350% BR
Inlay core	200% BR	300% BR	400% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200% BR	300% BR	400% BR
<b>Soins</b>			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Autres actes dentaires</b>			
Orthodontie remboursée Ss	200% BR	300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée Ss	100 € / an	200 € / an	400 € / an
Implants dentaires	200€ / implant (max 2 / an)	300€ / implant (max 3 / an)	400€ / implant (max 3 / an)
Parodontologie	100% BR	150% BR	200% BR

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement. (\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

<b>OPTIQUE</b>			
<b>Equipements 100 % Santé (*) :</b>			
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)			
Prestation d'appareillage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
<b>Equipements libres (***) (**):</b>			
Verre unifocal simple (****)	100% BR + 30 € / verre	100% BR + 50 € / verre	100% BR + 80 € / verre
Verre unifocal complexe (****)	100% BR + 75 € / verre	100% BR + 90 € / verre	100% BR + 120 € / verre
Verre multifocal simple (****)	100% BR + 80 € / verre	100% BR + 100 € / verre	100% BR + 130 € / verre
Verre multifocal complexe (****)	100% BR + 90 € / verre	100% BR + 120 € / verre	100% BR + 160 € / verre
Monture	100% BR + 50 € / monture	100% BR + 60 € / monture	100% BR + 70 € / monture
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</b>			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Autres prestations</b>			
Lentilles remboursées par la Ss	100% BR + 50 € / an	100% BR + 100 € / an	100% BR + 150 € / an
Lentilles non remboursées par la Ss	50 € / an	100 € / an	150 € / an
Chirurgie réfractive de l'œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / (2) PLV : Prix Limites de Vente / (3) HLF : Honoraires Limites de Facturation

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :  
 • du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B, • du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement : La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

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

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive) ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B, • du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

Les garanties du contrat couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.

(\*\*\*\*) Tableau de concordance des verres

	Équipements unifocaux		
	Sphériques	Cylindre de 0 à 4	Cylindre >4
Verre de correction comprise entre 0 et 2 dioptries	Unifocal simple	Unifocal simple	Unifocal complexe
Verre de correction comprise entre 2 et 4 dioptries	Unifocal simple	Unifocal simple	Unifocal complexe
Verre de correction comprise entre 4 et 6 dioptries	Unifocal simple	Unifocal simple	Unifocal complexe
Verre de correction comprise entre 6 et 8 dioptries	Unifocal complexe	Unifocal complexe	Unifocal complexe
Verre de correction comprise entre 8 et 12 dioptries	Unifocal complexe	Unifocal complexe	Unifocal complexe
Verre de correction supérieure à 12 dioptries	Unifocal complexe	Unifocal complexe	Unifocal complexe
	Equipements multifocaux		
	Sphériques	Cylindre de 0 à 4	Cylindre >4
Verre de correction comprise entre 0 et 2 dioptries	Multifocal simple	Multifocal simple	Multifocal complexe
Verre de correction comprise entre 2 et 4 dioptries	Multifocal simple	Multifocal simple	Multifocal complexe
Verre de correction comprise entre 4 et 6 dioptries	Multifocal simple	Multifocal simple	Multifocal complexe
Verre de correction comprise entre 6 et 8 dioptries	Multifocal simple	Multifocal simple	Multifocal complexe
Verre de correction comprise entre 8 et 12 dioptries	Multifocal complexe	Multifocal complexe	Multifocal complexe
Verre de correction supérieure à 12 dioptries	Multifocal complexe	Multifocal complexe	Multifocal complexe

**AGPM Assurances** - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances - SIRET 312 786 163 00013 APE 6512Z - Rue Nicolas Appert 83086 TOULON CEDEX 9

**KLESIA Mut'** - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - SIRET 529 168 007 00167 APE 6512Z - 4, rue Georges Picquart 75017 PARIS

**Allianz Vie** - Société anonyme au capital de 643 054 425 € régie par le Code des assurances - SIREN 340 234 962 RCS NANTERRE - 1, Cours Michelet CS 30051 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX