

GRILLE OPTIQUE

Type de Verre	GRILLE 1		GRILLE 2		GRILLE 3	
	Mineurs < 18 ans	Adultes	Mineurs < 18 ans	Adultes	Mineurs < 18 ans	Adultes
Verres Simple foyer, Sphérique (par verre)						
sphère de -6 à +6	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €	100,00 €	130,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	70,00 €	100,00 €	90,00 €	120,00 €	110,00 €	140,00 €
sphère < -10 ou >+10	80,00 €	110,00 €	100,00 €	130,00 €	120,00 €	150,00 €
Verres Simple foyer, Sphéro-cylindriques (par verre)						
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	70,00 €	100,00 €	90,00 €	120,00 €	110,00 €	140,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	80,00 €	110,00 €	100,00 €	130,00 €	120,00 €	150,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	90,00 €	120,00 €	110,00 €	140,00 €	130,00 €	160,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	100,00 €	130,00 €	143,00 €	150,00 €	163,00 €	170,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques (par verre)						
sphère de -4 à +4	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €	170,00 €	200,00 €
sphère < -4 ou >+4	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €	180,00 €	210,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques (par verre)						
sphère de -8 à +8	150,00 €	180,00 €	170,00 €	200,00 €	190,00 €	220,00 €
sphère < -8 ou >+8	160,00 €	190,00 €	180,00 €	210,00 €	200,00 €	230,00 €
MONTURE	80,00 €	100,00 €	100,00 €	125,00 €	125,00 €	150,00 €

**** Le remboursement de la mutuelle s'entend par verre.

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES

Lorsque les Garanties, en secteur non conventionné, sont exprimées en fonction de la Base de Remboursement ou des prestations du Régime Obligatoire, l'Assureur applique le tarif d'autorité de cet organisme.

Les Garanties définies par le Contrat se conforment au cahier des charges des Contrats dits "responsables" tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale et les dispositions y afférant.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués au tableau des Garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (art. L.871-1 du Code de la Sécurité sociale).

CURE THERMALE

La garantie cure thermique, **sous réserve que la cure thermique soit prise en charge par le Régime Obligatoire**, 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 thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au présent Contrat pour chaque acte.

DENTAIRE

La Garantie implant comprend le pilier implantaire et l'implant. Pour chaque implant dentaire, il n'est versé qu'un seul remboursement forfaitaire même si les soins sont réalisés sur deux années civiles. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires". Les prothèses dentaires non remboursables 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.

OPTIQUE

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le délai de 2 ans prévu dans le tableau de Garantie n'est pas appliqué et est réduit à 1 an.

La prise en charge des frais d'optique est plafonnée en application des dispositions du «contrat responsable» (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application) et celles du « panier de soin » décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 en application de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale. Ci-dessous sont reproduites les dispositions légales et réglementaires applicables au « contrat responsable » :

Lunettes comportant :	LA PRESTATION NE PEUT PAS	
	Etre inférieure à :	Excéder : (plafond de remboursement de la monture de 150 euros maximum inclus)
2 verres simples	100 €	470 €
1 verre simple et 1 verre complexe	150 €	610 €
2 verres complexes	200 €	750 €
1 verre simple et 1 verre hyper complexe	150 €	660 €
1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	200 €	800 €
2 hyper complexes	200 €	850 €

On entend par :

- Verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs,
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

MATERNITE

Le forfait est réglé à l'occasion de la naissance d'un ou de plusieurs enfants, sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées au tableau des Garanties pour chaque acte.

OSTEOPATHES – CHIROPRACTEURS – ETIOPATHES - ACUPUNCTEURS

Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Tableau des garanties

au 1^{er} Janvier 2016

CCN DU CARTONNAGE ET DES ARTICLES DE PAPETERIES

ANNEXE - Tableau des garanties

	GARANTIES CONVENTIONNELLES	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON (y compris maternité)			
Honoraires Praticiens CAS**	250% BR	350% BR	450% BR
Honoraires Praticiens Non CAS**	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour	250% BR	350% BR	450% BR
Chambre particulière (y compris maternité)	60 € /jour	80 € /jour	100 € /jour
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	60 € /jour	80 € /jour	100 € /jour
FRAIS MÉDICAUX EN SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON (y compris maternité)			
Consultation Généraliste CAS**	100% BR	150% BR	200% BR
Consultation Généraliste Non CAS**	100% BR	130% BR	180% BR
Consultation Spécialiste CAS**	170% BR	200% BR	250% BR
Consultation Spécialiste Non CAS**	150% BR	175% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie CAS**	170% BR	200% BR	300% BR
Radiologie Non CAS**	150% BR	175% BR	200% BR
Analyses	150% BR	200% BR	300% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	200% BR	300% BR
Actes Techniques médicaux CAS**	170% BR	200% BR	300% BR
Actes Techniques médicaux Non CAS**	150% BR	175% BR	200% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins dentaires avec dépassements Onlays, Inlays	150% BR	200% BR	250% BR
Parodontologie non prise en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 € / dent	400 € / dent	500 € / dent
Orthodontie prise en charge par le RO	300% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	200% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires remboursables dents du sourire	300% BR	375% BR	475% BR
Prothèses dentaires remboursables dents du fond	250% BR	300% BR	350% BR
Inlays-cores	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires non remboursables non prises en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 € / dent	400 € / dent	500 € / dent
Implantologie (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 € / dent	400 € / dent	500 € / dent

Les Garanties exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement s'entendent « y compris les remboursements versés par le Régime Obligatoire ».

Seules les Garanties exprimées en euros s'entendent en complément des éventuels remboursements versés par le Régime Obligatoire.

Les Garanties exprimées en euros par an et par Bénéficiaire sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties.

Dans tous les cas les Prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

	GARANTIES CONVENTIONNELLES	OPTION 1	OPTION 2
OPTIQUE ***			
Les limites de remboursement prévues ci-dessous s'entendent dans la limite de :			
- pour les adultes ou enfant à charge de 18 ans et plus, d'un équipement (monture et verres) tous les 2 ans par Bénéficiaire, sauf en cas d'évolution du défaut visuel la limite est ramenée à 1 an par Bénéficiaire,			
- pour les enfants à charge de moins de 18 ans, d'un équipement (monture et verres) par an et par Bénéficiaire.			
Cette limite est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel.			
Montures			
Verres unifocaux	Voir grille 1	Voir grille 2	Voir grille 3
Verres multifocaux			
Lentilles acceptées (par paire)	150 € / an	250 € / an	350 € / an
Lentilles correctrices refusées et jetables (par paire)	150 € / an	250 € / an	350 € / an
Kératochirurgie par œil	300 €	500 €	800 €
APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	100% BR + 400 € / oreille	100% BR + 600 € / oreille	100% BR + 800 € / oreille
Appareillages et autres prothèses	100% BR + 400 € / bénéficiaire	100% BR + 600 € / bénéficiaire	100% BR + 800 € / bénéficiaire
ALLOCATIONS FORFAITAIRES			
Maternité	150 €	250 €	350 €
Cures prise en charge par le RO	100% BR	200% BR	300% BR
Vaccins non remboursés	Néant	100 €	150 €
Diététicien - 16 ans	Néant	50 €	100 €
Contraception	Néant	100 €	150 €
Ostéopathes - Chiropracteurs - Etiopathes - Acupuncteurs	25 euros 3x/an	35 euros 5x/an	50 euros 5x/an
Psychologue	Néant	35 euros 5x/an	50 euros 5x/an
Patch Anti Tabac	Néant	150 €	250 €
DIVERS			
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de Prévention (Arrêté du 8 juin 2006)	Tous les actes	Tous les actes	Tous les actes
Assistance à domicile	OUI	OUI	OUI
Plateforme conseil	OUI	OUI	OUI

** Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins (CAS).

*** Nota : les délais en optique de 1 et 2 ans s'apprécient à la date de consommation.

Abréviations :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire.

Pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, la Base de remboursement est reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenue le Régime Obligatoire s'il était intervenu.

FR : Frais réels

RO : Régime Obligatoire

CAS : contrat d'accès aux soins

Hors CAS : Hors contrat d'accès aux soins