

## Grille NC Amélioré Frais de Santé

### Salariés Non Cadres (au 01/01/2020)

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale	
	Régime Complémentaire Responsable	
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	<b>OPTAM / OPTAM CO</b>	<b>Hors OPTAM / OPTAM CO</b>
Frais de séjour	500 % BR	
Honoraires	limité à 500% BR -SS	limité à 170% BRSS -SS
Actes d'anesthésie	limité à 500% BR -SS	limité à 170% BRSS -SS
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % FR	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	75 euros / jours	
Chambre particulière	50 euros / jours	
Transport accepté par la Séc Soc.	100 % BR	
<b>Actes médicaux courants</b>	<b>OPTAM / OPTAM CO</b>	<b>Hors OPTAM / OPTAM CO</b>
Consultations & visites généralistes, spécialistes	220% BRSS	170% BRSS
Actes de spécialités	220% BRSS	170% BRSS
Actes de chirurgies et actes techniques médicaux	220% BRSS	170% BRSS
Actes d'imagerie médicale et d'échographie	220% BRSS	170% BRSS
Auxiliaires médicaux	160% BRSS	
Analyse laboratoires	160% BRSS	
<b>Pharmacie</b>		
Remboursée par la Séc Soc	100 % BR	
<b>Dentaire</b>		
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	
Soins dentaires remboursés par la SS ne relevant pas du dispositif 100% santé (3) : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	220 % BR	
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4)		
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale	
Inlay / Onlay (soin dentaire y compris SC 17 et 19 )	-	
Parodontologie non remboursée par la SS	Forfait de 350 Euros / 3 ans / Bénéficiaire	
Prothèses dentaires remboursées par la Séc Soc. (5)	340 % BR	
Inlay core	340 % BRSS	
Implants (base SPR 80)	-	
Prothèses dentaires non remboursées par la Séc Soc. (5) (6) (**)	220 % BR	
Orthodontie prise en charge par la Séc. Soc..	320% de la base de remboursement	
Orthodontie non prise en charge par la Séc. Soc.	200% de la base de remboursement	

## Grille NC Amélioré Frais de Santé

### Salariés Non Cadres (au 01/01/2020)

Nature des actes	PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale
	Régime Complémentaire Responsable
<b>Autres prothèses</b>	
Appareillages remboursées par la Séc Soc. Par an et par bénéficiaire	225% BR
Accessoires (2)	225% BR
<b>Prothèses auditives</b>	
Equipement 100% santé	(Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
Equipement du panier libre	375 % BR
<b>Optique</b>	
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres remboursés par la Séc. Soc. (les2)	Grille Optique NC amélioré
Monture remboursée par la Séc. Soc.	80 Euros
Lentilles acceptées par la Séc. Soc. (yc jetables)	9 % PMSS / an / bénéf.
Lentilles refusées par la Séc. Soc. (yc jetables)	9 % PMSS / an / bénéf.
Chirurgie de la myopie	300 € / œil / an / bénéf.
<b>Maternité – Adoption</b>	
Chambre particulière	75 euros / jours
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)	forfait 250 euros
<b>Cures thermales acceptés par la Séc Soc.</b>	
Allocation forfaitaire	5% du PMSS
<b>Pack bien être</b>	
Médecines douces [ostéopathe, chiropracteur, acupuncture, ethopathe, psychologues]	200 euros / an / bene
Sevrage tabagique	100 euros / an
Action sociale	OUI
Assistance	OUI

**Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS et tout autre organisme complémentaire.**

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.  
PMSS 2020 : 3428€

## Grille Optique - NC Amélioré

### Salariés Non Cadres (au 01/01/2020)

FORFAIT PAR VERRE			
<b>Verres simple foyer, sphériques :</b>			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	120 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	140 Euros par verre
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :</b>			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	120 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	120 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	140 Euros par verre
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques :</b>			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	140 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	160 Euros par verre
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</b>			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	C	140 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	C	140 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	160 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	160 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	160 Euros par verre
<b>Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :</b>			
Equipement Verre composé de catégories distinctes		B	plafond : contrat responsable
Equipement Verre composé de catégories distinctes		D	plafond : contrat responsable
Equipement Verre composé de catégories distinctes		E	plafond : contrat responsable

#### Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

##### Equipement Homogène 2020 :

CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4  
 CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif  
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8  
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

##### Equipement mixte 2020

Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B  
 Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D  
 Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

(\*) Dans la limite de 3 prothèses par an, au-delà remboursement sur la base de 240% de la BR. (\*\*) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35/41 / 42 / 43 / 44/ 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. \*\*Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).