

Accords collectifs nationaux

BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

Avenant n° 35 du 8 juin 2022

à l'accord collectif du 1^{er} octobre 2001
relatif à BTP-Prévoyance

NOR : ASET2250977M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CAPEB ;

FNTP ;

FFB ;

FFIE ;

SCOP BTP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT FNCP ;

CFE-CGC BTP ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Titre I^{er} Formalisation de la prise en charge des séances de psychologues dans les règlements des régimes de frais médicaux de BTP-Prévoyance

■ En application de l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, les pouvoirs publics ont mis en œuvre un nouveau dispositif « MonPsy », permettant à chacun de bénéficier de séances remboursées avec un psychologue conventionné avec l'assurance maladie. Ce nouveau dispositif est opérationnel depuis avril 2022.

Le décret n° 2022-195 du 17 février 2022 a défini les conditions de remboursement de ces séances, avec en particulier la mise en œuvre d'un ticket modérateur (fixé à 40 % par décision du directeur général de l'UNCAM du 24 février 2022). Les organismes complémentaires ont l'obligation de prendre en charge ce ticket modérateur dans le cadre des contrats responsables (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale).

Les règlements des régimes de frais médicaux responsables de BTP-Prévoyance doivent prévoir la prise en charge du ticket modérateur de la nouvelle prestation « MonPsy ».

■ En cas de modification des obligations des contrats responsables, l'article 12 des règlements des régimes de frais Médicaux prévoit les dispositions suivantes : « en cas de modification des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, le conseil d'administration a compétence pour apporter les adaptations nécessaires au présent règlement, ces adaptations devant être soumises à ratification ultérieure de la commission paritaire extraordinaire avant la fin de l'exercice civil ».

En application de l'article 12 des règlements, le conseil d'administration du 7 avril 2022 a décidé, à effet immédiat, de modifier le contenu des rubriques « Honoraires paramédicaux » et « Médecines complémentaires agréées » des règlements des régimes de frais médicaux responsables.

■ En application de cet article 12, il appartient à la commission paritaire extraordinaire de ratifier les modifications apportées par le conseil d'administration aux règlements des régimes standards responsables de frais médicaux.

En conséquence, la commission paritaire extraordinaire décide que sont actualisés tels que joints en annexe 1 ci-après les annexes de garanties des règlements suivants :

- « Règlement du régime standard de frais médicaux collectifs » ;
- « Règlement des frais médicaux amplitude – Améliorations de garanties » ;
- « Règlement des frais médicaux amplitude – Extension familiale » ;
- « Règlement des frais médicaux individuels des retraités » ;
- « Règlement des frais médicaux individuels des actifs ».

Titre II Prise d'effet

Les dispositions du présent avenant prennent effet à la date de signature de l'avenant.

Titre III Dépôt

Le texte du présent avenant sera déposé en nombre d'exemplaires suffisants aux services centraux du ministre chargé du travail et au secrétariat greffe du conseil des prud'hommes de Paris conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail.

Fait à Paris, le 8 juin 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

Régime standard des frais médicaux collectifs ANNEXES DES GARANTIES 2022 Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale									
Bloc S		Part S.S. RG ^a	S1 ^A	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux	60% à 70%							
	Radiologie								
	Soins externes								
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Séances d'accompagnement psychologique	65%							
	Remboursées par la S.S.								
	Transport	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Pharmacie remboursées par la S.S.	30%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15%	15%						
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contre-indication, fébrilité, prescription, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical ⁽²⁾								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	-	-	-	-	-		
Optique	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
	ou bénéficiaires de plus de 70 ans ⁽³⁾	-	-	-	-	-	-		
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	- 1 forfait	-	-	-	-	-	-		
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG ^a	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁸⁾	60% ⁽⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁶⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾								
	Equipement à verres unifocaux								
	Si partenaire Opticien Sévène		100 €	175 €	200 €	300 €	350 €	400 €	420 €
	Dans les autres cas		(50 € si < 16 ans)	125 €	150 €	250 €	250 €	300 €	350 €
	Equipement à verres progressifs ⁽⁹⁾	60% ⁽⁴⁾	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 € ⁽¹⁰⁾	700 € ⁽¹⁰⁾
	Si partenaire Opticien Sévène								
	Dans les autres cas		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans ⁽⁴⁾	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ⁽⁴⁾
Dentaire	Supplément forte correction ⁽¹⁷⁾								
	Lentilles ⁽¹²⁾								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	600 € / œil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires								
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁴⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹⁵⁾	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Aides auditives	Prothèses dentaires								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires malitisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾								
	Si partenaire Implantologie Sévène Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²²⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²¹⁾⁽²³⁾								
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Si partenaire Audioprothésiste Sévène Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €	1 700 €
Prestations complémentaires	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		950 €	950 €	950 €	950 €	1 100 €	1 300 €	1 300 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁵⁾⁽²⁷⁾								
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Eliopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	Cures thermales ⁽²³⁾	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
	Module additionnel facultatif	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Régime de frais médicaux collectifs des Groupes fermés Non-Cadres et Cadres
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Options régionales PCE 1, PCE 2 et PCE 3

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les
- À l'exclusion des participations forfaitaires et
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options régionales					
réservées aux entreprises des départements 01,03,07,15,21,26,38,42,43,58,63,69,71,73,74,89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »					
Bloc S	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	PCE 3	
Soins courants	Honoraires médicaux Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux Radiologie	70%	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%	160%
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100%	100%	160%
	Transports	65%			
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	160%
	Médicaments				
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire
Hospitalisation	Matériel médical ⁽²⁾ Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%	550%
	Honoraires Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour	100 € / jour
	Lit accompagnant ⁽³⁰⁾	-	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de -15 ans	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de -15 ans	100 €/j limité à 15j / hospitalisation ⁽³¹⁾ pour les enfants de -16 ans ou pour les personnes de +70 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%	100%
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾ en établissements hospitaliers ⁽³⁰⁾	-	oui	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisé > 15 jours	-	-	-	8 € / jour ⁽³²⁾
	Bloc P	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2	PCE 3
	Optique				
	Equipeur optique 100% Santé ⁽⁸⁾⁽⁶⁾	60% ⁽⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Optique	Autres équipement optique (verres et monture) - équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁶⁾	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾				
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ⁽⁶⁾	300 € 100 €	420 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €	700 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ⁽⁶⁾
	Lentilles ⁽¹²⁾				
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾	300 € / an / bénéficiaire
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €	
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €	500 €
Dentaire	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾	70%	100%	140%	300%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €	350 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾ Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%	Frais réels 500%
	Orthodontie Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%	430%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €	600 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €	600 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾ - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €	1 200 € 1 400 €
Aides auditives	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)	4 x 50 € / an / bénéficiaire (Plafond : 450 € / an / famille)
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €	100% + 350 €
	Sevrage tabagiste ⁽¹²⁾	-	-	-	55 € / an / bénéficiaire
	Complément équipement post cancer ⁽²⁵⁾	-	-	-	1 000 € / an / bénéficiaire
	Module additionnel facultatif				
	Services d'assistance	-	en option	en option	en option

Régime standard des frais médicaux collectifs

ANNEXES DES GARANTIES 2022

Gamme Nationale

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du «100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
- (16) Prothèses hors «100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation.
Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur,
 - ❖ Microphone,
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an / appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans
- e) + 140 € / verre unifocal

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

Δ Module non ouvert en gamme du Régime de frais médicaux collectifs des ETAM (groupe fermé)

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1, PCE 2 et PCE 3

(30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...).

(31) Comprend Lit + Repas lors de l'hospitalisation d'une personne de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans.

(32) Remboursement si hospitalisation ≥ 15 jours, dès le 15^e jour, limité à 900 € / an / bénéficiaire.

(33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).

(34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

(35) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou mammaire, lingerie post mastectomie.

Règlement des frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale								
Bloc S		Part S.S. RG ⁽¹⁾	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux							
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux	60% à 70%						
	Radiologie							
	Soins externes							
	Honoraires paramédicaux							
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	65%						
	Transport	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	160%	200%	200%	
Hospitalisation	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical ⁽²⁾							
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%	350%	500%	550%	650%	
	Honoraires							
Optique	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾ ou bénéficiaires de plus de 70 ans ⁽³⁾	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4)(a)} en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Bloc P		Part S.S. RG ⁽¹⁾	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
Optique	Equipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)							
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(a)	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾							
	Equipement à verres unifocaux		175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	400 € 300 €	420 € 350 €
	Equipement à verres progressifs ⁽⁹⁾	60% ^(a)	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 500 €	700 € ⁽¹⁰⁾ 600 €
	Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ⁽⁹⁾
	Lentilles ⁽¹²⁾							
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾	-	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil	
Dentaire	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires							
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	100%	100%	100%	300%	300%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires ⁽¹⁾							
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	Orthodontie							
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾								
Si partenaire Implantologue Sévane	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €	
Aides auditives	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁸⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾							
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans							
	Si partenaire Audioprothésiste Sévane	60%	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 100 €	1 700 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologies non remboursées par la S.S.							
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €

Règlement des frais médicaux Amplitude - Améliorations de garanties
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Options régionales PCE 1 et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique

Options régionales				
réservées aux entreprises des départements 01,03,07,15,21,26,38,42,43,58,63,69,71,73,74,89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »				
Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.			
	Transports	65%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical ⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
Optique	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant ⁽³⁰⁾	-	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de <15 ans	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de <15 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers ⁽³⁰⁾	-	oui	oui
	Bloc P	Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
	Equipeement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
Dentaire	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	Lentilles ⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
Aides auditives	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
Prestations complémentaires	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
Cures thermales	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédiure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.			
Cures thermales	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €

Règlement des Frais Médicaux Amplitude – Améliorations de garanties ANNEXES DES GARANTIES 2022

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus: après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale.
Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries,
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur,
 - ❖ Microphone,
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (23) Prothèses auditives relevant du «100% Santé », définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

- (a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).
- (b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- (c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
- (e) + 140 € / verre unifocal.

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2

- (30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...)
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale)
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

Règlement des frais médicaux Amplitude - Extension familiale
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options de la gamme nationale										
FUF Bloc S		Part S.S. RG ⁽¹⁾	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6		
Soins Courants	Honoraires médicaux Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)		
	Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	60% à 70%								
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S. Transport	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%		
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%		
	Médicaments	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%		
	Pharmacie remboursées par la S.S.									
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €		
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire		
	Matériel médical ⁽²⁾ Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%		
Hospitalisation	Honoraires									
	Honoraires, Frais de séjour ⁽³⁾	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)		
	Chambre particulière ⁽³⁾	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour		
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾ ou bénéficiaires de plus de 70 ans ⁽³⁾	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour		
	Actes médicaux supérieurs à 120 € Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ en établissements hospitaliers	100% - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
Optique	Bloc P		Part S.S. RG ⁽¹⁾	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Équipement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁷⁾		60% ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)									
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾		60% ⁽⁴⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Équipement à verres unifocaux Si partenaire Opticien Sévène Dans les autres cas Équipement à verres progressifs ⁽⁹⁾ Si partenaire Opticien Sévène Dans les autres cas Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		60% ⁽⁴⁾	100 € (50 € si < 16 ans) 200 € + 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans ⁽⁸⁾	175 € 125 € 250 € 200 € + 50 € / verre	200 € 150 € 300 € 250 € + 50 € / verre	300 € 200 € 400 € 300 € + 50 € / verre	350 € 250 € 500 € 400 € + 50 € / verre	400 € 300 € 600 € ⁽¹⁰⁾ 500 € + 50 € / verre	420 € 350 € 700 € ⁽¹⁰⁾ 600 € + 50 € / verre progressif ⁽⁶⁾
	Lentilles ⁽¹²⁾ Lentilles remboursées par la S.S. Lentilles non remboursées par la S.S. Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾		60% - - -	100% - - -	100% + 120 € 80 € 200 € / œil	100% + 120 € 125 € 300 € / œil	100% + 150 € 125 € 400 € / œil	100% + 200 € 150 € 500 € / œil	100% + 200 € 175 € 500 € / œil	100% + 250 € 250 € 500 € / œil
	Dentaire	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		Soins dentaires Inlay / onlay (par acte) Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾ Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	70% - - -	100% 100% - -	100% 100% - -	125% 100% 200 € -	150% 100% 250 € -	200% 100% 300 € -	250% 300% 350 € -	300% 300% 400 € -
		Prothèses dentaires ⁽¹²⁾ Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁴⁾ - Autres prothèses	70% - -	125% - -	250% - -	350% - -	Frais réels 450% -	Frais réels 500% -	Frais réels 550% -	Frais réels 600% -
Orthodontie Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre) Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽¹⁷⁾		100% - -	125% - -	200% - -	200% 200 € 300 €	250% 300 € 300 €	300% 400 € 400 €	400% 500 € 500 €	400% 600 € 600 €	
Implants (par an par bénéficiaire) ⁽¹²⁾ Si partenaire Implantologue Sévène Dans les autres cas		- - -	- - -	- - -	400 € 200 € -	600 € 300 € -	800 € 400 € -	1 000 € 500 € -	1 200 € 600 € -	
Aides auditives		Équipements auditifs 100% Santé ⁽¹⁸⁾		60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽¹⁹⁾ - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Si partenaire Audioprothésiste Sévène Dans les autres cas - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		60% - -	400 € 1 000 € 1 400 € 100%	1 000 € 950 € 1 400 € 100%	1 100 € 950 € 1 400 € 100%	1 200 € 950 € 1 400 € 100%	1 350 € 1 100 € 1 400 € 100%	1 500 € 1 100 € 1 400 € 100%	
	Accessoires ⁽¹⁹⁾			100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
Cures thermales ⁽²²⁾		65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €	
Module additionnel facultatif	Services d'assistance		-	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus	

Règlement des frais médicaux Amplitude - Extension familiale
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Options régionales PCE 1 et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique.

Options régionales				
réservées aux entreprises des départements 01,03,07,15,21,26,38,42,43,58,63,69,71,73,74,89 selon les modalités définies à l'article 2 de l'annexe des « Dispositions spécifiques aux groupes fermés »				
Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Actes techniques médicaux			
	Radiologie		160% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique			
	remboursées par la S.S.			
	Transports	65%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
	Médicaments			
Hospitalisation	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical ⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (250% si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾		70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant ⁽³⁰⁾	-	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de -15 ans	23 € / jour ⁽³⁾ pour les enfants de -15 ans
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ en établissements hospitaliers ⁽⁵⁾	-	oui	oui
	Divers : TV - Téléphone si hospitalisé > 15 jours	-	-	-
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1	PCE 2
Optique	Equipement optique 100% Santé ⁽⁶⁾⁽⁸⁾	60% ⁽⁸⁾	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ⁽⁸⁾	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux		300 €	420 €
	- dont pour la monture	60% ⁽⁶⁾	100 €	100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾		400 €	600 € ⁽¹⁰⁾
	- dont pour la monture		100 €	100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+50 € / verre	+50 € / verre
	Lentilles ⁽¹²⁾			
Dentaire	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
Aides auditives	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1 400 €	1 400 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾			
Prestations complémentaires	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Eliopathes, Diététiciens, Podologue, Pédiacre, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
	Module additionnel facultatif			
	Services d'assistance	-	en option	en option

Règlement des Frais Médicaux Amplitude - Extension familiale ANNEXES DES GARANTIES 2022

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale
- (19) S'entend comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur
 - ❖ Microphone
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout / an / appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille.
- (22) Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (23) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (24) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV).
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.
- e) + 140 € / verre unifocal .

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1 et PCE 2

(30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...).

(33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).

(34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité Sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Options de la gamme nationale								
FURM Bloc S		Part S.S. RG ⁽¹⁾	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6
Soins Courants	Honoraires médicaux Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux Radiologie	60% à 70%						
	Soins externes							
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	65%						
	Transport	15%						
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%
	Médicaments							
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹¹⁾	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €
Hospitalisation	Contrefaçon féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéf.
	Matériel médical ⁽¹²⁾ Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	100%	250%	350%	500%	550%	650%
	Honoraires Honoraires, Frais de séjour ⁽¹³⁾	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière ⁽¹⁴⁾	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽¹⁵⁾ ou bénéficiaires de plus de 70 ans ⁽¹⁶⁾	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour
Optique	Actes médicaux supérieurs à 120 € - 1 forfait	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Forfait journalier ⁽¹⁸⁾ et Forfait urgences ^(19/20) en établissements hospitaliers	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
	Bloc P	Part S.S. RG ⁽¹⁾	P1	P2	P3	P3+	P4	P5
	Equipement optique 100% Santé ^(21/22)	60% ⁽²³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)							
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ^(24/25)	60% ⁽²⁶⁾	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre ^(27/28) <u>Equipement à verres unifocaux</u> Si partenaire Opticien Séviane Dans les autres cas		100 € (50 € si < 16 ans)	175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	420 € 360 €
	<u>Equipement à verres progressifs</u> ⁽²⁹⁾ Si partenaire Opticien Séviane Dans les autres cas	60% ⁽³⁰⁾	200 €	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € ⁽³¹⁾ 500 €
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽³²⁾		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans ⁽³³⁾	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif ⁽³⁴⁾
	Lentilles ⁽³⁵⁾ Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 250 €
Dentaire	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽³⁶⁾	-	-	-	200 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	500 € / oeil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ^(37/38)	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires Inlay / onlay (par acte)		100%	100%	125%	150%	200%	250%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽³⁹⁾	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) ⁽⁴⁰⁾	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €
	Prothèses dentaires ⁽⁴¹⁾ Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽⁴²⁾ - Autres prothèses	70%	125%	250%	350%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 600%
	Orthodontie Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) ⁽⁴³⁾	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €
	Implants (par an par bénéficiaire) ⁽⁴⁴⁾ Si partenaire Implantologie Séviane Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €
Aides auditives	Equipements auditifs 100% Santé ⁽⁴⁵⁾	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ^(46/47) - Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Si partenaire Audioprothésiste Séviane Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires ⁽⁴⁸⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prestations complémentaires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ^(49/50) Chiropracteurs, Acupuncteurs, Eliopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €
	Cures thermales ⁽⁵¹⁾	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Options régionales PCE 1, PNPC et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et du L.1111-15 du code de la santé

Options régionales				
Selon les modalités définies à l'article 2 du présent règlement les options régionales sont réservées aux adhérents domiciliés dans les départements suivants : a) Options PCE 1 et PCE 2 : 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89 b) Option PNPC : 56 et 62				
Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.			
	Transports	65%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
Hospitalisation	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% - 30% 15%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences^{(3)(4)(a)} en établissements hospitaliers⁽³⁰⁾	-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	Equipelement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(b)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
	Lentilles⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150 € ⁽³³⁾	100% + 200 € ⁽³³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135 €	150 €
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽³⁴⁾	-	450 €	450 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²⁾⁽¹⁸⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives⁽¹⁸⁾			
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans - Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins	60%	950 € 1 400 €	1 100 € 1 400 €
Prestations complémentaires	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾			
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédicure, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
Module additionnel facultatif	Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
	Services d'assistance	-	en option	en option

Règlement des frais médicaux individuels des Retraités ANNEXES DES GARANTIES 2022

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier Remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale.
Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (16) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.

- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur
 - ❖ Microphone
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire.
- (23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.
- e) + 140 € / verre unifocal .

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1, PCE 2 et PNPC

- (30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...).
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale).
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations.

Notes spécifiques aux modules additionnels (groupe fermé) "BTP Santé plus"

- (50) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013.
- (51) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès.

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Gamme nationale

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du Code de la santé.

Options de la gamme nationale									
Bloc S		Part S.S. RG	S1	S2	S3	S3+	S4	S5 / S6	
Soins Courants	Honoraires médicaux Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	70%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Actes techniques médicaux Radiologie Soins externes	60% à 70%							
	Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux, soins infirmiers Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Transport	65%							
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	160%	200%	200%	
	Médicaments								
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% 30% 15%	100% 30% 15%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Vaccins non remboursés par S.S. (1)	-	-	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Vaccin anti-grippe 15 €	Tous vaccins 60 €	Tous vaccins 60 €	
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	-	-	30 € / an / bénéf.	40 € / an / bénéf.	60 € / an / bénéf.	80 € / an / bénéficiaire	
	Matériel médical (2) Appareillages orthopédiques et autres prothèses	- 60%	- 100%	- 250%	- 350%	- 500%	- 550%	- 650%	
Hospitalisation	Honoraires								
	Honoraires, Frais de séjour (3)	80%	100%	100%	100% (160% si OPTAM)	160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)	
	Chambre particulière (3bis)	-	-	-	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (3bis) ou bénéficiaires de plus de 70 ans (3bis)	-	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
	Actes médicaux supérieurs à 120 € Forfait journalier (3bis) et Forfait urgences (3bis) en établissements hospitaliers	100% - 1 forfait -	100% - oui	100% - oui	100% - oui	100% - oui	100% - oui	100% - oui	
Optique	Bloc P	Part S.S. RG	P1	P2	P3	P3+	P4	P5	P6
	Equipe optique 100% Santé (3bis)	60% (4)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique (verres et monture)								
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre (3bis)	60% (4)	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : forfait équipement libre, sous déduction du prix de verres	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- Equipement libre (3bis)								
	Equipement à verres unifocaux Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas	60% (4)	100 € (50 € si < 16 ans)	175 € 125 €	200 € 150 €	300 € 200 €	350 € 250 €	400 € 300 €	420 € 350 €
	Equipement à verres progressifs (4) Si partenaire Opticien Sévane Dans les autres cas		200 €	250 € 200 €	300 € 250 €	400 € 300 €	500 € 400 €	600 € (10) 500 €	700 € (10) 600 €
	Supplément forte correction (11)		+ 50 € / verre unifocal si ≥ 16 ans (4)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre progressif (4)
	Lentilles (12)								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100%	100% + 120 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 250 €
Dentaire	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80 €	125 €	150 €	175 €	250 €
	Chirurgie réfractive de la vue (13)	-	-	-	200 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	500 € / oeil	500 € / oeil
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé (2)(14)	70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires								
	Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. (15)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie non prise en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire) (12)	-	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
	Prothèses dentaires (12)								
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés (16) - Autres prothèses	70%	125% 100%	250% 100%	350% 100%	Frais réels 450%	Frais réels 500%	Frais réels 550%	Frais réels 600%
	Orthodontie								
Aides auditives	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	125%	200%	200%	250%	300%	400%	400%
	Orthodontie adulte non prise en charge par la S.S. (par semestre) (17)	-	-	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	Implants (par an par bénéficiaire) (12) Si partenaire Implantologue Sévane Dans les autres cas	-	-	-	400 € 200 €	600 € 300 €	800 € 400 €	1 000 € 500 €	1 200 € 600 €
	Equipements auditifs 100% Santé (23)	60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives (21)(18)								
	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans Si partenaire Audioprothésiste Sévane Dans les autres cas	60%	400 €	1 000 € 950 €	1 100 € 950 €	1 200 € 950 €	1 350 € 1 100 €	1 500 € 1 100 €	1 700 € 1 300 €
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 700 €
	Accessoires (19)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées (20)(21) Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S.	-	-	-	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 40 €	4 x 50 €	4 x 60 €
	Cures thermales (22)	65%	65%	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 150 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Module additionnel facultatif	Services d'assistance	-	en option	en option	en option	en option	en option	en option	Inclus

Règlement des frais médicaux individuel des Actifs
ANNEXES DES GARANTIES 2022
Options régionales PCE 1, PNPC et PCE 2

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et du L.1111-15 du code de la santé

Options régionales				
Selon les modalités définies à l'article 2 du présent règlement les options régionales sont réservées aux adhérents domiciliés dans les départements suivants :				
a) Options PCE 1 et PCE 2 : 01, 03, 07, 15, 21, 26, 38, 42, 43, 58, 63, 69, 71, 73, 74, 89				
b) Option PNPC : 56 et 62				
Bloc S		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Soins courants	Honoraires médicaux			
	Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Actes techniques médicaux		160% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
	Radiologie			
	Soins externes	60% à 70%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60%	100%	100%
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.			
	Transports	65%		
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%
Hospitalisation	Médicaments			
	Pharmacie remboursées par la S.S.	65% / 30% 15%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾	-	Vaccin anti-grippe : 15 €	Tous vaccins : 60 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la S.S.	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
	Matériel médical ⁽²⁾			
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	300%	550%
	Honoraires			
	Honoraires, frais de séjour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	80%	175% (200% si OPTAM)	200% (Frais réels si OPTAM)
Optique	Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	70 € / jour	90 € / jour
	Lit accompagnant pour les enfants de -15 ans ⁽³⁾⁽³⁰⁾	-	23 € / jour	23 € / jour
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100 % - 1 forfait	100%	100%
	Forfait journalier ⁽³⁾⁽⁴⁾ et Forfait urgences ^{(3)(4bis)} en établissements hospitaliers ⁽³⁰⁾	-	oui	oui
Bloc P		Part S.S. RG*	PCE 1 / PNPC	PCE 2
Optique	Equipement optique 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60% ^(a)	Frais réels	Frais réels
	Autres équipement optique (verres et monture)			
	- équipement mixte combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	60% ^(a)	Verres : Frais réels Monture : 100 €	Verres : Frais réels Monture : 100 €
	- équipement libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	a) 1 équipement Monture et / ou verres unifocaux - dont pour la monture	60% ^(c)	300 € 100 €	420 € 100 €
	b) 1 équipement Monture et / ou verres progressifs ⁽⁹⁾ - dont pour la monture		400 € 100 €	600 € ⁽¹⁰⁾ 100 €
	* Supplément forte correction ⁽¹¹⁾		+50 € / verre	+50 € / verre
	Lentilles ⁽¹²⁾			
	Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 150€ ⁽¹³⁾	100% + 200 € ⁽¹³⁾
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	135,00 €	150,00 €
Dentaire	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾	-	450 €	450 €
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾	70%	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires			
	Inlay / Onlay (par acte)	70%	150%	200%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁵⁾		100%	140%
	Parodontologie non prise en charge par la SS (par an par bénéf) ⁽¹²⁾	-	200 €	300 €
	Prothèses dentaires ⁽²⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S. : - Prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁶⁾ - Autres prothèses	70%	400% 400%	Frais réels 450%
	Orthodontie			
	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	100%	250%	400%
Aides auditives	Orthodontie adulte non prise en charge par la SS (par semestre) ⁽¹⁷⁾	-	-	300 €
	Implants ⁽¹²⁾	-	300 €	400 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽²³⁾	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres Prothèses auditives ⁽²⁾⁽¹⁸⁾			
Prestations complémentaires	- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans	60%	950 €	1 100 €
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et moins		1 400 €	1 400 €
	Accessoires ⁽¹⁹⁾		100%	100%
Module additionnel facultatif	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	3 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond 240 € / an / famille)	4 x 40 € / an / bénéficiaire (Plafond : 320 € / an / famille)
	Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Podologue, Pédiacre, Séances de Psychologues non remboursées par la S.S. Cures thermales ⁽²²⁾	65%	100% TM + 200 €	100% + 360 €
Services d'assistance		-	en option	en option

Règlement des frais médicaux individuels des Actifs ANNEXES DES GARANTIES 2022

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- (2) Le remboursement annuel des prestations est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités définies dans l'article 12.5 du règlement. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur, sauf pour les "Soins et Prothèses dentaires 100% Santé".
- (3) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (3 bis) Limité à 90 jours par hospitalisation.
- (4) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci, les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (4bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (6) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier Remboursement d'un équipement.
 Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (7) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (9) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par BTP-PRÉVOYANCE et le Régime de base ne peut excéder :
 - 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
 - les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 - 1) verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
 - 2) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 - 3) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (12) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- (13) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (14) Soins et prothèses dentaires relevant du « 100% Santé », définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (16) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation (LHF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
A partir du niveau P3+, les prothèses à « honoraires maîtrisés » sont prises en charge à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite des honoraires de facturation définis par la réglementation.
- (17) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.

- (18) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) S'entend comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
- ❖ Ecouteur
 - ❖ Microphone
 - ❖ Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - ❖ Pile sans mercure.
- (20) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- Les soins doivent être effectués en France métropolitaine.
- (21) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an et dans la limite d'un plafond annuel par famille. Remboursement sur la base de factures acquittées. Les plafonds annuels par famille par niveau :
- P3 : 160 € / an
 - P3+ : 240 € / an
 - P4 : 320 € / an
 - P5 : 450 € / an
 - P6 : 480 € / an
- (22) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire
- (23) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.

- a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)
- b) Pour les verres : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du PLV ;
Pour la monture : la Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 €.
- c) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture
- d) +75 € / verre unifocal si bénéficiaire âgé de moins de 16 ans
- e) + 140 € / verre unifocal

* Prise en charge de la Sécurité sociale Régime Général

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Notes spécifiques aux options régionales PCE 1, PCE 2 et PNPC

- (30) A l'exclusion des prestations dites hôtelières (boissons, téléphone, TV, kit de nuit, blanchisserie, ...)
- (33) Le remboursement ne peut pas être inférieur à 85% des frais réels (moins le remboursement de la Sécurité sociale)
- (34) Prise en charge limitée à certains actes - contacter nos services pour plus d'informations

Notes spécifiques aux modules additionnels (groupe fermé) "BTP Santé plus"

- (50) N'est plus commercialisé depuis le 01/01/2013
- (51) Versée pour toute personne couverte âgée de moins de 65 ans au moment du décès