



LOURMEL

Agir ensemble pour mieux vous protéger

GAMME TRÉMA SALARIÉS

SANTÉ COLLECTIVE SUPPLÉMENTAIRE

Votre complémentaire santé
à la carte



TRÉMA SANTÉ COLLECTIVE SUPPLÉMENTAIRE

En tant que salarié, vous bénéficiez d'une complémentaire santé collective Lourmel, en partie prise en charge par votre employeur.

Ce contrat vous offre une protection qui respecte les obligations définies par décret dans le cadre de l'ANI (Accord National Inter-professionnel) et la réglementation liée au « reste à charge zéro ».

Vous souhaitez compléter vos garanties ou rattacher vos conjoints et/ou enfants si le contrat souscrit par votre employeur ne le prévoit pas ?

Découvrez Tréma Santé Collective Supplémentaire, la solution complémentaire qui s'adapte à vos besoins.

► BÉNÉFICIEZ D'UNE PROTECTION RENFORCÉE POUR VOUS ET VOS PROCHES

Parce que vos besoins individuels peuvent évoluer ou devenir plus importants, une couverture mieux adaptée à votre situation, peut être nécessaire pour :

- **une meilleure prise en charge** des dépassements d'honoraires si vous consultez des spécialistes,
- **une couverture renforcée pour les** frais dentaires de vos enfants,
- **des actes de prévention** pour anticiper les risques de santé liés à l'âge,
- **un forfait** médecines complémentaires et alternatives.

AVEC LA GAMME TRÉMA SANTÉ COLLECTIVE SUPPLÉMENTAIRE

BÉNÉFICIEZ DE TOUTE L'EXPERTISE DU GROUPE LOURMEL

SÉLECTIONNEZ LES OPTIONS COMPLÉMENTAIRES QUI VOUS CONVIENNENT

1/ Consultez votre carte de tiers payant pour connaître votre niveau de garantie inclus dans le contrat santé collectif mis en place au sein de votre entreprise.

► **Exemple : L11**

2/ Reportez-vous au tableau des options complémentaires pages 6-7. Sélectionnez les options qui répondent à vos besoins. Vous saurez alors quel niveau de garantie vous convient le mieux.

► **Exemple : meilleure prise en charge en dentaire ou optique = L11 + Option 3**

3/ Contactez notre équipe de conseillers pour vous aider dans votre choix, en fonction de votre situation, de vos besoins et pour finaliser votre couverture santé.

UNE OFFRE ADAPTÉE À VOS BESOINS

Des avantages pour vous et vos proches

- Un panier « 100 % santé » pour un accès à des soins de qualité sans reste à charge.
- Un tarif plus attractif que celui d'une mutuelle souscrite à titre individuel.
- Des garanties adaptées aux besoins de votre famille.
- Des remboursements simplifiés et rapides grâce à la souscription de contrats auprès du même organisme.
- Pas d'incidence de l'âge sur la cotisation.
- Pas d'avance de frais grâce au tiers payant.

Des garanties d'assistance en cas de sinistre

- Aide à domicile.
- Garde d'enfant.
- Parcours d'aide au retour à l'emploi.
- Soutien psychologique.
- Aide à l'organisation des obsèques.

UN ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN

Un espace assuré pour simplifier vos démarches

- Consultez vos garanties.
- Téléchargez votre carte de tiers payant.
- Accédez à vos remboursements détaillés.
- Echangez avec votre gestionnaire via une messagerie sécurisée.
- Contactez l'équipe à votre disposition qui vous guidera dans vos démarches au quotidien.

Des services performants

- Tous les avantages de notre partenaire **Sévéane**, le réseau de soins qui vous fera bénéficier de prestations de qualité à des tarifs négociés.
- La téléconsultation via le service MédecinDirect.
- La télétransmission pour des remboursements accélérés sans action de votre part.

Nos partenaires

Plus de 13 000
professionnels de santé avec



La téléconsultation avec



L'assistance avec



Les garanties sont exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en forfait (€) :

- remboursement du régime obligatoire compris (régime Général ou Alsace Moselle),
- dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale,
- à l'exclusion de la participation forfaitaire et de la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale et des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale et de la majoration de la participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale.

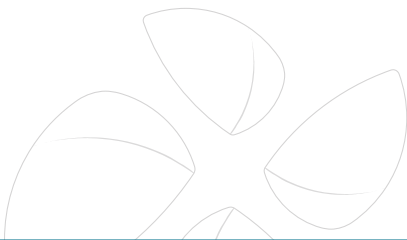
Ces garanties sont susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la réglementation.



		Part S.S.	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5	Option 6	Option 7
Soins courants	Honoraires médicaux								
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	70 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO			100 %	100 %	160 %	200 %	200 %	200 %
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO			125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO			100 %	100 %	160 %	160 %	200 %	200 %
	Radiologie, OPTAM			125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Radiologie, hors OPTAM			100 %	100 %	160 %	160 %	200 %	200 %
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	60 % à 70 %		125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO			100 %	100 %	160 %	200 %	200 %	200 %
	Honoraires paramédicaux								
	Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	60 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Transport	55 %	100 %	100 %	125 %	160 %	200 %	200 %	200 %
	Analyses								
	Analyses et examens de laboratoires	60 à 70 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Médicaments								
	Pharmacie remboursée par la S.S. 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Pharmacie remboursée par la S.S. 30 %	30 %	30 %						
	Pharmacie remboursée par la S.S. 15 %	15 %	15 %						
	Homéopathie non remboursée par la S.S. prescrite ⁽¹⁰⁾	-	-	20 €	30 €	40 €	40 €	40 €	50 €
	Vaccins non remboursés par la S.S. ⁽¹⁾ , par an et par bénéficiaire	-	Vaccin anti grippe : 15 €	Vaccin anti grippe : 15 €	Vaccin anti grippe : 15 €	Tout vaccin : 50 €	Tout vaccin : 50 €	Tout vaccin : 50 €	Tout vaccin : 50 €
	Matériel médical ⁽²⁾								
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
Hospitalisation	Honoraires								
	Frais de séjour, établissements conventionnés ⁽³⁾	80 % ou 100 %	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Frais de séjour, établissements non conventionnés ⁽³⁾			125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO			125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %
	Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO			100 %	100 %	160 %	200 %	200 %	200 %
	Forfait journalier hospitalier								
	Forfait hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Autres prestations d'hospitalisation								
	Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Forfait patient urgences	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Optique	Chambre particulière, max 90 jours par hospitalisation	-	-	15 € / jr	45 € / jr	60 € / jr	75 € / jr	100 € / jr	100 € / jr
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 90 jours par hospitalisation	-	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr
	Equipelement 100 % Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV						
	équipelement libre adulte ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾								
	Monture seule (remboursement S.S. inclus)	60 %	50 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €
	équipelement monture + 2 verres simples		TM + 100 €	TM + 125 €	TM + 150 €	TM + 250 €	420 €, S.S. inclus	420 €, S.S. inclus	420 €, S.S. inclus
	équipelement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire		TM + 150 €	TM + 175 €	TM + 200 €	TM + 300 €	TM + 500 €	rbt S.S. + 520 €	560 €, S.S. inclus
	équipelement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe								610 €, S.S. inclus
	équipelement monture + 2 verres intermédiaires		TM + 200 €	TM + 200 €	TM + 250 €	TM + 350 €	TM + 550 €	rbt S.S. + 650 €	700 €, S.S. inclus
	équipelement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe			TM + 250 €	TM + 300 €	TM + 400 €	TM + 600 €	rbt S.S. + 700 €	750 €, S.S. inclus
	équipelement monture + 2 verres complexes			TM + 300 €	TM + 350 €	TM + 450 €	TM + 650 €	rbt S.S. + 750 €	800 €, S.S. inclus
	équipelement libre enfant ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾								
	Monture seule (remboursement S.S. inclus)	60 %	50 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €
	équipelement monture + 2 verres simples		TM + 100 €	TM + 100 €	TM + 125 €	TM + 200 €	TM + 250 €	TM + 300 €	TM + 400 €
	équipelement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire		TM + 150 €	TM + 150 €	TM + 175 €	TM + 250 €	TM + 300 €	TM + 350 €	TM + 450 €
	équipelement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe								
	équipelement monture + 2 verres intermédiaires		TM + 200 €	TM + 200 €	TM + 225 €	TM + 300 €	TM + 350 €	TM + 400 €	TM + 500 €
	équipelement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe								
	équipelement monture + 2 verres complexes								
	Lentilles ⁽¹⁰⁾								
	Lentilles remboursées par la S.S.	60 %	-	100 % + 120 €	100 % + 135 €	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								
	Kératotomie ⁽¹¹⁾	-	-	-	150 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	750 € / œil
Dentaire	Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹²⁾	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV						
	Soins dentaires								
	Inlay / onlay (par acte)	60 %	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	400 %
	Autres soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹³⁾								
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire)								
	Prothèses dentaires ⁽²⁾								
	Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁴⁾	60 %	125 %	250 %	350 %	500 %	550 %	600 %	650 %
	Autres prothèses à honoraires libres								
	Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire)								
Aides auditives	Orthodontie								
	Orthodontie acceptée par la S.S. (enfant de moins de 16 ans)	60 % ou 100 %	125 %	200 %	200 %	250 %	300 %	400 %	400 %
	Orthodontie refusée par la S.S.	-	-	-	-	300 €	350 €	400 €	450 €
	équipelement 100 % santé ⁽²⁰⁾	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV						
	équipelement libre ⁽²⁾⁽¹⁵⁾								
	Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus ⁽¹⁰⁾	60 %	100 %	500 € / aide auditive	600 € / aide auditive	800 € / aide auditive	1 000 € / aide auditive	1 400 € / aide auditive	1 700 € / aide auditive
	Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ⁽¹⁰⁾			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Accessoires ⁽¹⁶⁾			125 %	150 %	200 %	250 %	350 %	425 %
Prestations complémen-taires	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, diététiciens, pédicures-podologues, psychologues hors dispositif Mon Psy (forfait/bénéficiaire/an)	-	-	-	2 x 30 €	2 x 40 €	3 x 40 €	4 x 50 €	5 x 60 €
	Dispositif Mon Psy	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance/adoption multiple)	-	-	200 €	300 €	300 €	300 €	500 €	500 €
	Cures thermales ⁽¹⁹⁾	65 % ou 70 %	65 %	100 % + 100 €	100 % + 187,5 €	100 % + 187,5 €	100 % + 322,5 €	100 % + 322,5 €	100 % + 322,5 €
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
	Assistance								

Exemples de remboursements niveau de garanties Option 3 ⁽¹⁾

Le contrat santé option 3 respecte strictement les obligations légales de l’employeur en matière de santé collective.



HOSPITALISATION	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'option 3	Reste à charge pour l'assuré pour l'option 3
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	45 € / jour	Non connu
Séjours avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	422 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
Séjours sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou d'une pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

SOINS COURANTS	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'option 3	Reste à charge pour l'assuré pour l'option 3
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex. : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € (participation forfaitaire)
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € (participation forfaitaire)

Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassements si prévus au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassements selon votre contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52 €	31,50 €	21,05 €	26,20 €	4,75 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonnés à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassements selon votre contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65 €	23 €	15,10 €	7,90 €	42 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

DENTAIRE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'option 3	Reste à charge pour l'assuré pour l'option 3
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex. : couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins hors 100 % santé	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	348 €	134 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : traitement par semestre (6 maximum)	698 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	311 €

Exemples de remboursements niveau de garanties Option 3 ⁽¹⁾

Le contrat santé option 3 respecte strictement les obligations légales de l’employeur en matière de santé collective.

OPTIQUE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'option 3	Reste à charge pour l'assuré pour l'option 3
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0 €
Ex. : verres simples et monture	42,50 € (par verre) 30 € (monture)	12,75 € (par verre) 9 € (monture)	7,65 € (par verre) 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) 24,60 € (monture)	0 €
Ex. : verres progressifs et monture	90 € (par verre) 30 € (monture)	27 € (par verre) 9 € (monture)	16,20 € (par verre) 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) 24,60 € (monture)	0 €
Équipement hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex. : verres simples et monture	107 € (par verre) 142 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	37,54 € (par verre) 74,97 € (monture)	205,87 €
Ex. : verres progressifs et monture	239 € (par verre) 142 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	87,54 € (par verre) 74,97 € (monture)	369,87 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévue au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	135 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévue au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	150 € / œil	Non connu

AIDES AUDITIVES	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'option 3	Reste à charge pour l'assuré pour l'option 3
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0 €
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	360 €	965 €



Notes - Tableau général de garanties

- Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
- Le remboursement annuel des prestations en matériel médical, prothèses dentaires (hors 100 % santé), prothèses auditives (hors 100 % santé) est plafonné à 10 000 €/an et par bénéficiaire, remboursement au niveau panier de soins (décret n°2014-1025 du 08/09/2014) non compris.
- Sans limitation de durée.
- Prise en charge suivant les dispositions de l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.
- Équipement 100 % Santé « Classe A », pris en charge tel que défini par l'arrêté du 3 décembre 2018 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.
- 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'article L 165-1-2 du code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les remboursements des options Lx5, Lx6 et Lx7 sont limités à ceux prévus à l'option Lx4.
- Dans le respect des minima du 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 €.
- Verres simples** (verres mentionnés au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.**Verres intermédiaires** (verres mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries,
 - 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,
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.**Verres complexes** (verres mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries,
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries,
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptrie,
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- Dans le cadre du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 le remboursement légal maximum des équipement optiques, régime obligatoire et tout autre régime frais de santé complémentaire inclus est plafonné à :
 - équipement monture + 2 verres simples : 420 €,
 - équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire : 560 €,
 - équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe : 610 €,
 - équipement monture + 2 verres intermédiaires : 700 €,
 - équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe : 750 €,
 - équipement monture + 2 verres complexes : 800 €.
- Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
- Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- Soins et prothèses 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 du code la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale.
- Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
- Prothèses hors « 100 % Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale.
- Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- S'entend comme pris en charge par la S.S., les accessoires suivants :
 - écouteurs,
 - microphone,
 - embout auriculaire pour :
 - » bénéficiaire de moins de 2 ans -> 4 embouts / an / appareil,
 - » bénéficiaire de plus de 2 ans -> 1 embout / an / appareil.
 - pile sans mercure.
- 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,
 - étiopathes inscrits au Registre National des étiopathes auprès du Ministère de la santé publique (RNE),
 - diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
 - pédicures-podologues titulaires d'un diplôme d'état de pédicure-podologue,
 - psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.
- S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- Prothèses auditives relevant du 100 % Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Notes - Exemples de remboursement

- Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
- Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et des maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
- La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
- Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM.

<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>

Lexique

OPTAM / OPTAM-CO : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique.
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
FR : Frais réels.
PLV : Prix Limite de Vente.

LOURMEL EST ENGAGÉ DANS UNE DÉMARCHE RSE

Depuis plus de 70 ans, la mission de notre groupe de protection sociale est de protéger, d'assurer et de défendre les intérêts de ses adhérents en matière de prévoyance et de santé. Il joue, à ce titre un rôle déterminant dans la prévention des risques de ses adhérents.

Les valeurs de solidarité et de responsabilité portées par le groupe le préparent depuis longtemps à relever des défis sociétaux. Lourmel, en tant que groupe de protection sociale porte la RSE dans son ADN.

Les axes retenus dans le cadre de la politique RSE de Lourmel

Le groupe a récemment souhaité articuler ses initiatives au sein d'une démarche structurée, en donnant la priorité à cinq axes : **le bien-être au travail, le développement durable, l'éthique et la transparence, l'inclusion et diversité, l'ouverture sociétale.**

La démarche RSE de Lourmel a vocation à se développer dans le temps. Elle s'inscrit dans son plan stratégique à horizon 2026 et repose sur les valeurs d'engagement, d'ouverture et de partage.

Le groupe ambitionne de devenir un acteur reconnu pour sa dimension humaine, son agilité, son originalité et sa capacité à innover.

NOS PRODUITS

Prévoyance collective

Prévoyance conventionnelle et Prévoyance supplémentaire Lourmel

Santé collective

Tréma Santé Collective et Tréma Santé Individuelle

RPS

Prévention des risques psycho-sociaux

Pour les entreprises et leurs salariés

Pour les travailleurs non-salariés

Santé TNS

Lourmel Santé Indépendants

Prévoyance TNS

Lourmel Prévoyance Individuelle



LOURMEL en chiffres



4 532
groupes et
entreprises cotisantes *

164 172
salariés cotisants
et allocataires *

Nos conseillers sont disponibles

Par téléphone, de 9h à 18h

☎ **0 809 10 28 08** Service gratuit + prix appel

Par courriel à l'adresse

contact-entreprises@lourmel.asso.fr

Toutes les informations sur
www.lourmel.com

108 rue de Lourmel - 75 718, Paris Cedex 15

* au 31 décembre 2023