

TREMA SANTÉ COLLECTIVE 2020 - Niveau de garanties L11

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.

SOINS COURANTS	Part S.S.	L11
HONORAIRES MÉDICAUX		
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	70%	100%
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO		
Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO		
Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO		
Radiologie, OPTAM		
Radiologie, hors OPTAM		
Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO		
Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO		
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES		
Auxiliaires médicaux, analyses et soins infirmiers	60%	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Transport	65%	100%
MÉDICAMENTS		
Pharmacie remboursée par la S.S. 65%	65%	100%
Pharmacie remboursée par la S.S. 30%	30%	30%
Pharmacie remboursée par la S.S. 15%	15%	15%
Spécialités homéopatiques (7° R.322-1) remboursées par la S.S.	15%	30%
Vaccins non remboursés par S.S. ⁽¹⁾ , par an et par bénéficiaire	-	vaccin anti grippe : 15 €
MATÉRIEL MÉDICAL ⁽²⁾		
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	250%
HOSPITALISATION		
HONORAIRES		
Frais de séjour ⁽³⁾ , honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	80%	100%
Frais de séjour ⁽³⁾ , honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Forfait hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	oui	100%
AUTRES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION		
Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%
Chambre particulière, max 90 jrs par hospitalisation	-	-
Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 90 jrs par hospitalisation	-	23 € / jr

OPTIQUE		Part S.S.	L11
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ combinant verres et monture.		60%	100% frais réels *
Équipement combinant des verres 100% santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾ . Les remboursements de montures s'expriment remboursement de la S.S. compris.		60%	Monture : 50 € max
ÉQUIPEMENT LIBRE ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾			
Monture seule (remboursement S.S. inclus)	60%	50 €	
Équipement monture + 2 verres simples		TM + 100 €	
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire		TM + 150 €	
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe		TM + 200 €	
Équipement monture + 2 verres intermédiaires			
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe			
Équipement monture + 2 verres complexes			
ÉQUIPEMENT LIBRE ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾			
Monture seule (remboursement S.S. inclus)	60%	50 €	
Équipement monture + 2 verres simples		TM + 100 €	
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire		TM + 150 €	
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe		TM + 200 €	
Équipement monture + 2 verres intermédiaires			
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe			
Équipement monture + 2 verres complexes			
LENTILLES ⁽¹⁰⁾			
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	-	
Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	
CHIRURGIE RÉFRACTIVE DE LA VUE			
Kératotomie ⁽¹¹⁾	-	-	

DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽¹²⁾		70%	100% frais réels **
SOINS DENTAIRES			
Inlay / onlay (par acte)	70%	100%	
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⁾	70%	125%	
Autres prothèses à honoraires libres			
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire)			
ORTHODONTIE			
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfant de moins de 16 ans)	100%	125%	
Orthodontie refusée par la S.S.	-	-	

AIDES AUDITIVES			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ ⁽¹²⁾		60%	100% frais réels ***
ÉQUIPEMENT LIBRE ⁽²⁾⁽¹⁵⁾			
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	60%	100%	
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans			
Accessoires ⁽¹⁶⁾			

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étioopathes, diététiciens, pédicures-podologues.	-	-
Cures thermales ⁽¹⁹⁾	65%	65%
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	-	oui
Assistance	-	oui

* dans la limite des PLV, monture limitée à 30 € à partir du 1^{er} janvier 2020

** dans la limite des PLV à partir du 1^{er} janvier 2020

*** dans la limite des PLV à partir du 1^{er} janvier 2021

(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 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.
(3) Sans limitation de durée.
(4) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.
(5) 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.
(6) Renouvellement : <ul style="list-style-type: none"> 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 5, 6 et 7 sont limités à ceux prévus à l'option 4.
(7) Dans le respect des minimums 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 €.
(8) Verres simples (verres mentionnés au a) de l'article 1 ^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 : <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> 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 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
(9) Remboursement maximum des équipement optiques, régime obligatoire inclus (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) : <ul style="list-style-type: none"> 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 €.
(10) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
(11) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
(12) Soins et prothèses relevant du «100% Santé» au 1 ^{er} janvier 2020, 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.
(13) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
(14) Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2020. 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) 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.
(16) S'entend comme pris en charge par la S.S., les accessoires suivants : <ul style="list-style-type: none"> écouteurs, microphone, embout auriculaire pour : <ul style="list-style-type: none"> bénéficiaire de moins de 2 ans => 4 embouts / an / appareil, bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout / an / appareil. pile sans mercure.

(17) 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,
- étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes auprès du Ministres 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.

(18) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an par adulte. Remboursement sur la base de factures acquittées.

(19) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.

(a) La Base de Remboursement S.S. correspond à 30% du Prix Limite de Vente.

(b) Pour les verres : la Base de Remboursement S.S. correspond à 30% du Prix Limite de Vente.
Pour la monture : la Base de Remboursement S.S. est fixée à 0,05 €.

(c) La Base de Remboursement S.S. est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture.

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.

Exemples de remboursements du niveau de garanties L11



Le contrat santé L11 respecte strictement les obligations légales de l'employeur en matière de santé collective.

	Exemples	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire ⁽¹⁾	Remboursement Offre L11	Reste à charge Offre L11
Soins courants	Consultation d'un médecin traitant généraliste (OPTAM ou OPTAM-CO)	25 €	17,50 €	7,50 €	0 €
	Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie (OPTAM ou OPTAM-CO)	30 €	17,50 €	7,50 €	5 €
	Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) ⁽²⁾	44 €	17,50 €	7,50 €	19 €
	Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie (avec dépassement d'honoraires libres) ⁽³⁾	56 €	16,10 €	6,90 €	33 €
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
	Opération chirurgicale de la cataracte : honoraires du chirurgien (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) ⁽²⁾	355 €	247,10 €	24 €	83,90 €
	Opération chirurgicale de la cataracte : honoraires du chirurgien (avec dépassement d'honoraires libres) ⁽³⁾	441 €	247,10 €	24 €	169,90 €
Optique	Équipement optique : monture + 2 verres simples (équipement 100% santé)	125 €	6,10 €	118,90 €	0 €
	Équipement optique : monture + 2 verres simples (équipement libre)	345 €	6,10 €	104,10 €	234,80 €
Dentaire	Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
	Couronne céramométallique sur incisives, canines et premières prémolaires (100% santé)	500 €	350 €	150 €	0 €
	Couronne céramométallique sur molaire (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	75,25 €	59,13 €	404,32 €
	Couronne céramométallique sur molaire (équipement libre)	538,70 €	75,25 €	59,13 €	404,32 €
	Implants	1 500 €	0 €	0 €	1 500 €
	Inlay / Onlay ⁽⁴⁾	300 €	63 €	27 €	210 €
Aide auditive	Aide auditive de classe I par oreille (100% santé)	1 100 €	180 €	920 €	0 €
	Aide auditive de classe II par oreille (équipement libre)	1 476 €	180 €	120 €	1 176 €

Calculs effectués selon la base de remboursement de la Sécurité sociale 2019.

⁽¹⁾ Moins la participation forfaitaire de 1 €.

⁽²⁾ Adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie - Obsétrique), soit un accord limitant les dépassements d'honoraires, pour permettre de meilleurs remboursements au client.

⁽³⁾ Non adhérent à un DPTAM.

⁽⁴⁾ Source prix moyen : <https://www.essentiel-sante-magazine.fr>.