

(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 dentaire (hors «100% Santé»), prothèses auditives (hors «100% Santé») est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • 2 000 € / an / bénéficiaire de la date d'effet du contrat au 31 / 12 / N+1, • 5 000 € / an / bénéficiaire du 01 / 01 / N+2 au 31 / 12 / N+4, • 10 000 € / an / bénéficiaire à partir du 01 / 01 / N+5. Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur.
(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.
(7) 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 €.
(8) Le droit maximal est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par MGI au cours des 36 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre du poste « Optique : Équipement libre Adulte ». A défaut, le droit intermédiaire est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par MGI au cours des 24 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre du poste « Optique : verres et monture pour l'adulte ». A défaut, le droit à remboursement est limité au droit de base.
(9) Avec monture libre ou monture «100% Santé». Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
(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 MGI et le régime de base ne peut excéder : <ul style="list-style-type: none"> • 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) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
(12) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, • 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 : <ol style="list-style-type: none"> 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.
(13) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
(14) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
(15) 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 de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale.
(16) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
(17) 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 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale.
(18) 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'art. L165-1 du code de la Sécurité sociale.
(19) 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. Le remboursement total régimes obligatoires et complémentaires compris est limité à 1 700 € par aide auditive.
(20) 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 2 ans => 4 embouts / an / appareil, • bénéficiaire de plus de deux ans => 1 embout / an / appareil, • pile sans mercure.

(21) 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,
- psychomotriciens titulaires du diplôme d'état correspondant.
- psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.

(22) 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.

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

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