TREMA SANTÉ COLLECTIVE 2024 - Niveau de garanties L77

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.

Les garanties ci-dessous sont susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la réglementation (psychologues, urgences...).

SOINS COURANTS	Part S.S.	L77
HONORAIRES MÉDICAUX		
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	70%	500%
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO		200%
Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO		500%
Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO		200%
Radiologie, OPTAM		500%
Radiologie, hors OPTAM		200%
Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	60% à 70%	500%
Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO		200%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	60%	500%
Transport	55%	200%
ANALYSES		
Analyses et examens de laboratoires	60% à 70%	500%
MÉDICAMENTS		
Pharmacie remboursée par la S.S. 65%	65%	100%
Pharmacie remboursée par la S.S. 30%	30%	
Pharmacie remboursée par la S.S. 15%	15%	
Homéopathie non remboursée par la S.S. prescrite [10]	-	50 €
Vaccins non remboursés par la S.S.[1], par an et par bénéficicaire	-	tout vaccin : 50 €
MATÉRIEL MÉDICAL [2]		
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60%	500%

HOSPITALISATION		
HONORAIRES		
Frais de séjour, établissements conventionnés [3]	80% ou 100%	Frais réels
Frais de séjour, établissements non conventionnés [3]		500%
Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO		500%
Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO		200%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Forfait hospitalier [3][4]	-	100%
AUTRES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION		
Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	-	100%
Forfait patient urgences	-	100%
Chambre particulière, max 90 jours par hospitalisation	-	100 € / jr
Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 90 jours par hospitalisation	-	25 € / jr

OPTIQUE	Part S.S.	L77
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 : 100 € max
ÉQUIPEMENT LIBRE ADULTE [6][7][8][9]		
Monture seule (remboursement S.S. inclus)	60%	100 €
Équipement monture + 2 verres simples		420 €, S.S. inclus
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire		560 €, S.S. inclus
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe		610 €, S.S. inclus
Équipement monture + 2 verres intermédiaires		700 €, S.S. inclus
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe		750 €, S.S. inclus
Équipement monture + 2 verres complexes		800 €, S.S. inclus
ÉQUIPEMENT LIBRE ENFANT [6][7][8][9]		
Monture seule (remboursement S.S. inclus)	60%	100 €
Équipement monture + 2 verres simples		TM + 400 €
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire		TM + 450 €
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe		
Équipement monture + 2 verres intermédiaires		TM + 500 €
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe		
Équipement monture + 2 verres complexes		
LENTILLES [10]		
Lentilles remboursées par la S.S.	60%	100% + 250 €
Lentilles non remboursées par la S.S.	-	250 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE DE LA VUE		
Kératotomie [11]	-	750 € / œil

DENTAIRE		
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ [12]	60%	100% frais réels *
SOINS DENTAIRES		
Inlay / onlay (par acte)	60%	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)	-	300 €
PROTHÈSES DENTAIRES [2]		
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés [14]	60%	650%
Autres prothèses à honoraires libres		
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire)	-	1 000 €
ORTHODONTIE		
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfant de moins de 16 ans)	60% ou 100%	400%
Orthodontie refusée par la S.S.	-	450 €

AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ [20]	60%	100% frais réels *
ÉQUIPEMENT LIBRE [2][15]		
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus [10]	60%	1 700 € / aide auditive
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans [10]		100%
Accessoires [16]		425%

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Médecines complémentaires et alternatives agréées [17][18] : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, étiopathes, diététiciens, pédicures-podologues, psychologues hors dispositif Mon Psy (forfait/bénéficiaire/an)	-	5 x 60 €
Dispositif Mon Psy	60%	100%
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance/adoption multiple)	-	500 €
Cures thermales [19]	65% ou 70%	100% + 322,5 €
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	-	oui
Assistance		

* dans la limite des PLV

(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 :
- 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.

(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) Verres simples (verres mentionnés au a) de l'article 1er 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 1er 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 1er 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 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 équipements optiques, régime obligatoire inclus (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) :
- 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», 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.

(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. 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.

(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 :
- 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.

(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,
- 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.

(18) 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.

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

(20) 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.

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.