

Soins courants	Base S.S.	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Honoraires médicaux													
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	70 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %	250 %	250 %	300 %	300 %
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	120 %	160 %	160 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	70 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %	250 %	250 %	300 %	300 %
Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	120 %	160 %	160 %	160 %	160 %	200 %	200 %
Radiologie, OPTAM	70 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %	250 %	250 %	300 %	300 %
Radiologie, hors OPTAM	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	120 %	160 %	160 %	160 %	160 %	200 %	200 %
Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	60 % à 70 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %	250 %	250 %	300 %	300 %
Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	60 % à 70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	120 %	120 %	160 %	160 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux													
Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	60 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Transport	55 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Analyses													
Analyses et examens de laboratoires	60 % à 70 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Médicaments													
Pharmacie remboursée à 65 % par la Sécurité sociale	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie remboursée à 30 % par la Sécurité sociale	30 %	30 %	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale	15 %	15 %	15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Homéopathie prescrite non remboursée par la S.S. ⁽¹¹⁾	•	•	•	20 €	20 €	30 €	30 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Vaccins non remboursés par la S.S., par an et par bénéficiaire ⁽¹⁸⁾	•	Vaccin anti grippe 15 €	Tout vaccin 50 €										
Matériel médical													
Appareillages orthopédiques et autres prothèses ⁽¹⁾	60 %	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %	250 %	250 %	300 %	300 %

Lentilles													
Lentilles remboursées par la S.S.	60 %	•	120 € + 100 %	120 € + 100 %	120 € + 100 %	120 € + 100 %	150 € + 100 %	150 € + 100 %	200 € + 100 %	200 € + 100 %	200 € + 100 %	200 € + 100 %	250 € + 100 %
Lentilles non remboursées par la S.S.	•	•	•	•	80 €	80 €	80 €	125 €	150 €	150 €	175 €	175 €	250 €
Chirurgie réfractive de la vue													
Kératotomie	•	•	•	•	150 € / œil	150 € / œil	300 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil	500 € / œil

Dentaire	Base S.S.	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Soins et prothèses 100% Santé													
Soins et prothèses ⁽⁴⁾	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV
Soins dentaires													
Inlay / onlay (par acte)	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	300 %	300 %	300 %
Autres soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽⁹⁾	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	300 %	300 %	300 %
Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire)	•	•	•	•	•	•	200 €	200 €	250 €	300 €	300 €	400 €	400 €
Prothèses dentaires													
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ^{(1) (10)}	60 %	125 %	250 %	250 %	350 %	350 %	500 %	500 %	550 %	550 %	600 %	600 %	650 %
Prothèses dentaires à honoraires libres ⁽¹⁾	60 %	125 %	250 %	250 %	350 %	350 %	500 %	500 %	550 %	550 %	600 %	600 %	650 %
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire) ⁽¹⁾	•	•	•	•	•	•	•	•	400 €	400 €	450 €	450 €	500 €
Orthodontie													
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfant de moins de 16 ans)	60 % ou 100 %	125 %	200 %	200 %	200 %	200 %	250 %	250 %	300 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Aides auditives													
Équipement 100 % Santé													
Équipement 100% santé ⁽⁵⁾	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV
Équipement Libre													
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus ^{(1) (11) (12)}	60 %	100 %	700 € / aide auditive	700 € / aide auditive	1 000 € / aide auditive	1 000 € / aide auditive	1 400 € / aide auditive	1 400 € / aide auditive	1 700 € / aide auditive				
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ^{(1) (11) (12)}	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accessoires ^{(1) (13) (12)}	60 %	100 %	175 %	175 %	250 %	250 %	350 %	350 %	450 %	450 %	600 %	600 %	750 %

Notes

1. 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.
2. 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.
3. 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 €.
4. 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.
5. 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.
6. Sans limitation de durée.
7. Prise en charge suivant les dispositions de l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.
8. 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.
9. Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
10. 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.
11. Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
12. 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.
13. 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.
14. 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 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.
15. 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.
 16. Tel que défini dans la réglementation. Le dispositif Mon Psy permet d'avoir jusqu'à 8 séances remboursées chez un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin.
 17. Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.
 18. Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
 19. 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 ».
À 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 ».
À défaut, le droit à remboursement est limité au droit de base.
 20. Avec monture libre ou monture «100% Santé». Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
 21. 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 :
 - 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 1^{er} 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 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 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
 22. 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,
 - 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.
 23. Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.

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.