

# Tréma santé collective 2025

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, 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.

Hospitalisation	Base S.S.	L55
<b>Honoraires</b>		
Frais de séjour, établissements conventionnés <sup>(6)</sup>	80 % ou 100 %	100 % Frais réels
Frais de séjour, établissements non conventionnés <sup>(6)</sup>	80 % ou 100 %	250 %
Honoraires conventionnés OPTAM ou OPTAM-CO	80 % ou 100 %	250 %
Honoraires conventionnés hors OPTAM et hors OPTAM-CO	80 % ou 100 %	200 %
<b>Forfait journalier hospitalier</b>		
Forfait hospitalier <sup>(6) (7)</sup>	•	100 %
<b>Autres prestations d'hospitalisation</b>		
Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	•	100 %
Forfait patient urgences	•	100 %
Chambre particulière, max 90 jours par hospitalisation	•	75 € / jour
Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 90 jours par hospitalisation	•	25 € / jour

Soins courants	Base S.S.	L55
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	70 %	250 %
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	70 %	200 %
Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	70 %	250 %
Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	70 %	160 %
Radiologie, OPTAM	70 %	250 %
Radiologie, hors OPTAM	70 %	160 %
Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	60 % à 70 %	250 %
Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	60 % à 70 %	200 %
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	60 %	250 %
Transport	55 %	200 %
<b>Analyses</b>		
Analyses et examens de laboratoires	60 % à 70 %	250 %
<b>Médicaments</b>		
Pharmacie remboursée à 65 % par la Sécurité sociale	65 %	100 %
Pharmacie remboursée à 30 % par la Sécurité sociale	30 %	100 %
Pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale	15 %	100 %
Homéopathie prescrite non remboursée par la S.S. <sup>(10)</sup>	●	40 €
Vaccins non remboursés par la S.S., par an et par bénéficiaire <sup>(19)</sup>	●	50 € tout vaccin
<b>Matériel médical</b>		
Appareillages orthopédiques et autres prothèses <sup>(1)</sup>	60 %	200 %

Optique	Base S.S.	L55
Equipements 100 % Santé		
Équipement combinant verres et monture <sup>(2)</sup> <sup>(20)</sup>	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV
Équipement combinant des verres 100 % santé et une monture libre		
Équipement combinant des verres 100 % santé dans la limite des PLV et une monture libre. Les remboursements de montures s'expriment remboursement de la S.S. compris. <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>	60 %	100 € max pour la monture
Équipement libre adulte		
Monture seule (remboursement S.S. inclus) <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	100 €
Équipement monture + 2 verres simples <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	420 € S.S. inclus
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	500 € + TM
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	500 € + TM
Équipement monture + 2 verres intermédiaires <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	550 € + TM
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	600 € + TM
Équipement monture + 2 verres complexes <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	650 € + TM
Equipements libre enfant		
Monture seule (remboursement S.S. inclus) <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	100 €
Équipement monture + 2 verres simples <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	250 € + TM
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	300 € + TM
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	300 € + TM
Équipement monture + 2 verres intermédiaires <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	350 € + TM
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	350 € + TM
Équipement monture + 2 verres complexes <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	60 %	350 € + TM
Lentilles		
Lentilles remboursées par la S.S. <sup>(10)</sup>	60 %	200 € + 100 %
Lentilles non remboursées par la S.S. <sup>(10)</sup>	●	150 €
Chirurgie réfractive de la vue		
Kératotomie <sup>(11)</sup>	●	400 € / œil

Dentaire	Base S.S.	L55
Soins et prothèses 100% Santé		
Soins et prothèses <sup>(4)</sup>	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV
Soins dentaires		
Inlay / onlay (par acte)	60 %	200 %
Autres soins dentaires pris en charge par la S.S. <sup>(12)</sup>	60 %	200 %
Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéficiaire)	●	200 €
Prothèses dentaires		
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés <sup>(1)</sup> <sup>(13)</sup>	60 %	550 %
Prothèses dentaires à honoraires libres <sup>(1)</sup>	60 %	550 %
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire) <sup>(1)</sup>	●	500 €
Orthodontie		
Orthodontie acceptée par la S.S. (enfant de moins de 16 ans)	60 % ou 100 %	300 %
Orthodontie refusée par la S.S.	●	350 €
Aides auditives	Base S.S.	L55
Équipement 100 % Santé		
Équipement 100% santé <sup>(5)</sup>	60 %	100 % frais réels dans la limite des PLV
Équipement Libre		
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus <sup>(1)</sup> <sup>(10)</sup> <sup>(14)</sup>	60 %	1 000 € / aide auditive
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans <sup>(1)</sup> <sup>(10)</sup> <sup>(14)</sup>	60 %	100 %
Accessoires <sup>(1)</sup> <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>	60 %	250 %

Prestations complémentaires	Base S.S.	L55
Médecines complémentaires et alternatives agréées		
Médecines complémentaires et alternatives agréées : ostéopathes, chiropracteurs,acupuncteurs, étiopathes, diététiciens, pédicures-podologues, psychologues hors dispositif Mon Psy (forfait/bénéficiaire/an) <sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup>	●	40 € x 3
Dispositif Mon Psy	60 %	100 %
Cures thermales		
Cures thermales <sup>(18)</sup>	65 % ou 70 %	322,50 € + 100 %
Autres prestations		
Prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance/adoption multiple)	●	300 €
Prévention et assistance		
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	65 %	Oui
Assistance	●	Oui

## 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. 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. 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 €.
10. Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
  11. Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
  12. Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
  13. 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.
  14. 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.
  15. 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.
  16. 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.
  17. 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.
  18. Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.
  19. Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
  20. 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.

## 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

CARPLIG/P - (Caisse du Régime de Prévoyance de l'Imprimerie et du Livre, des Industries Graphiques et des métiers de la communication), régie par le code de la Sécurité sociale dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 et suivant du livre IX du code de la Sécurité sociale. Siren N° 533889960. CARPLIG/P est membre du Groupe Lourmel - (Siret N° 3991122800017), 108, rue Lourmel 75718 Paris Cedex 15 - site internet : [www.lourmel.com](http://www.lourmel.com) - Tél. : 0140602000.