IPECA DÉV' : les garanties santé formules A et B

Garanties conformes à la réglementation sur les contrats responsables et au panier de soins minimum de la généralisation de la complémentaire santé

TABLEAU DES GARANTIES Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et d'autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.	**Formule A**	**Formule B**
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
CONSULTATIONS VISITES GÉNÉRALISTES, RADIOLOGIE, ECHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO (y compris médecins non conventionnés)	**120 %** BR **100 %** BR	**130 %** BR **110 %** BR
CONSULTATIONS VISITES SPÉCIALISTES - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO (y compris médecins non conventionnés)	**140 %** BR **120 %** BR	**195 %** BR **175 %** BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO	**140 %** BR **120 %** BR	**150 %** BR **130 %** BR
HONORAIRE PARAMEDICAUX, SAGES FEMMES	**100 %** BR	**130 %** BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	**100 %** BR	**180 %** BR
MEDICAMENTS	**100 %** BR	**100 %** BR
HOSPITALISATION (y compris maternité)	**Formule A**	**Formule B**
HONORAIRES - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO	**200 %** BR **180 %** BR	**230 %** BR **200 %** BR
FRAIS ANNEXE : frais salle d'opération, d'aide opératoire et de pharmacie extra-usuelle liée à l'acte	**100 %** BR	**230 %** BR
FRAIS DE SÉJOUR - Conventionné - Non conventionné	**100 %** BR	**175 %** BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (sauf Établissements Médicaux Sociaux)	**100 %** FR	**100 %** FR
CHAMBRE PARTICULIERE PAR JOUR, LIT D'ACCOMPAGNEMENT PAR JOUR (pour enfant de moins de 12 ans) - Conventionné - Non conventionné	**1,5 %** du PMSS	**2 %** du PMSS
TRANSPORT REMBOURSÉ PAR LA S.s	**100 %** BR	**100 %** BR
SÉJOURS (en établissement médico éducatifs ou médico pédagogique sont exclus les EHPAD et les MAS)	**Formule A**	**Formule B**
FRAIS DE SÉJOUR	**100 %** BR	**100 %** BR
FORFAIT JOURNALIER	Non pris en charge	Non pris en charge

OPTIQUE	**Formule A**			**Formule B**		
	OPTIQUE (CLASSE A) **(en éléments de l'équipement)**	**OPTIQUE (CLASSE B)** **(en équipement)**		**OPTIQUE (CLASSE A)** **(en éléments de l'équipement)**	**OPTIQUE (CLASSE B)** **(en équipement)**	
	Sans reste à charge **(S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	**Tarif libre (S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction visuelle		**Sans reste à charge** **(S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	**Tarif libre (S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction visuelle	
ÉQUIPEMENT OPTIQUE	**100 %** des Frais Réels dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (classe A)	A : Monture + 2 verres simples (A)*	**120 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture	**100 %** des Frais Réels dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (classe A)	A : Monture + 2 verres simples (A)*	**280 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture
		B : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre complexe (C)*	**160 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		B : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre complexe (C)*	**340 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture
		C : Monture + 2 verres complexes (C)*	**200 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		C : Monture + 2 verres complexes (C)*	**400 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture
		D : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre hyper complexe (F)*	**180 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		D : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre hyper complexe (F)*	**340 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture
		E : Monture + 1 verre complexe (C) + 1 verre hyper complexe (F)*	**220 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		E : Monture + 1 verre complexe (C) + 1 verre hyper complexe (F)*	**400 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture
		F : Monture + 2 verres hyper complexes (F)*	**240 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		F : Monture + 2 verres hyper complexes (F)*	**400 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES	**Formule A**	**Formule B**
LENTILLES - REMBOURSÉES PAR LA S.s (en complément du remboursement de la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire)	**3 %** du PMSS par an et par bénéficiaire	**5 %** du PMSS par an et par bénéficiaire
LENTILLES - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s y compris lentilles jetables	**3 %** du PMSS par an et par bénéficiaire	**5 %** du PMSS par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Non pris en charge	**20 %** du PMSS par oeil traité

DENTAIRE	**Formule A**			**Formule B**		
SOINS	**100 %** BR			**130 %** BR		
	Sans reste à charge	**Tarif maîtrisé**	**Tarif libre**	**Sans reste à charge**	**Tarif maîtrisé**	**Tarif libre**
PROTHÈSES DENTAIRES 100 % SANTÉ REMBOURSÉES PAR LA S.s (dont inlays cores etc...)	**100%** des Frais Réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	Sans objet	Sans objet	**100 %** des Frais Réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	Sans objet	Sans objet
PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES PAR LA S.s (dont inlay cores etc ...)	Sans objet	**200 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**200 %** BR	Sans objet	**300 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**300 %** BR
INLAY ONLAY REMBOURSÉS PAR LA S.s	Sans objet	**100 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**100 %** BR	Sans objet	**130 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**130 %** BR
PROTHÈSES DENTAIRES - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	Non pris en charge			**100 %** de la BR reconstituée		
ORTHODONTIE - REMBOURSÉE PAR LA S.s / semestre	**200 %** BR			**350 %** BR		
ORTHODONTIE - NON REMBOURSÉE PAR LA S.s / semestre	Non pris en charge			**100 %** de la BR reconstituée		
IMPLANTOLOGIE - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	Non pris en charge			**500 €** par implant dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire		
PARODONTOLOGIE - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	Non pris en charge			Non pris en charge		

AIDES AUDITIVES ADULTES (21 ans et plus)	**Sans reste à charge**	**Tarif Libre (classe II)**	**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**
	100 % des Frais Réels**	**400 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans	**100 %** des Frais Réels**	**600 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans
AIDES AUDITIVES ENFANTS (0 à 20 ans inclus)	**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**	**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**
	100 % des Frais Réels**	**1 400 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans	**100 %** des Frais Réels**	**1 500 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans

AUTRES PRESTATIONS	**Formule A**	**Formule B**
APPAREILLAGE, ORTHOPÉDIE	**140 %** BR	**195 %** BR
CURE THERMALE - REMBOURSÉE PAR LA S.s	Non pris en charge	**15 %** du PMSS
CURE THERMALE - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	Non pris en charge	**15 %** du PMSS par an et par bénéficiaire
AUTRES PRESTATIONS - NON REMBOURSÉES S.s	**Formule A**	**Formule B**
FORFAIT NAISSANCE (par enfant)	Non pris en charge	Prestation globale **5 %** PMSS
PANIER AUTOMÉDICATION (panier rhume et rhinites allergiques) panier trousse du voyageur, panier contraception, panier sevrage tabagique)	Non pris en charge	Prestation globale **50 €** par an et par bénéficiaire
MEDECINE DOUCE - NON PRIS EN CHARGE PAR LA S.s : ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, orhopédiste, podologue, naturopathe, sophrologie, nutritionniste, diététicien, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, ostéodensitométrie et kinésiologie	Non pris en charge	Prestation globale **50 €** par an et par bénéficiaire
VACCINS - REFUSÉS S.s	Non pris en charge	Non pris en charge
SERVICES : téléconsultation, assistance, réseau de soins	Inclus	Inclus

Légende :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
AMO : Assurance Maladie Obligatoire.
S.s : Sécurité sociale.
PMSS : Plafond Mensuel de la S.s.
OPTAM/OPTAM-CO : Option patrique tarifaire maîtrisé (Chirurgie et obstétrique). Il s'agit d'un contrat en l'Assurance maladie obligatoire et les médecins du secteur 2 (ou du secteur 1 dans certzains cas) signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO qui vise à encadrer les dépassements d'honoraires.

*Equipement optique

Verre simple (A) : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou verre unifocal sphérq-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et le cylindre < à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est positive et la somme S (sphère + cylindre) est ≤ à 6,00 dioptries.

Verre complexe (C) : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries. Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et le cylindre est > à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est < à -6,00 dioptries et le cylindre est ≥ à 0,25 dioptries, ou dont la sphère est positive et dont la somme S est > à 6,00 dioptries. Ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est positive et dont la somme S est ≤ à 8,00 dioptries.

Verre hyper complexe (F) : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et le cylindre est > à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est < à 8,00 dioptries et le cylindre est ≥ à 0,25 dioptries, ou dont la sphère est positive et la somme S est > à 8,00 dioptries.

** Aides auditives

Par oreille, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I) dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

IPECA DÉV' : les garanties santé formules C et D

Garanties conformes à la réglementation sur les contrats responsables et au panier de soins minimum de la généralisation de la complémentaire santé

TABLEAU DES GARANTIES Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et d'autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.	**Formule C**	**Formule D**
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
CONSULTATIONS VISITES GÉNÉRALISTES, RADIOLOGIE, ECHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO (y compris médecins non conventionnés)	**250 %** BR **200 %** BR	**400 %** BR **200 %** BR
CONSULTATIONS VISITES SPÉCIALISTES - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO (y compris médecins non conventionnés)	**250 %** BR **200 %** BR	**400 %** BR **200 %** BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO	**250 %** BR **200 %** BR	**400 %** BR **200 %** BR
HONORAIRE PARAMEDICAUX, SAGES FEMMES	**250 %** BR	**400 %** BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	**180 %** BR	**180 %** BR
MEDICAMENTS	**100 %** BR	**100 %** BR
HOSPITALISATION (y compris maternité)	**Formule C**	**Formule D**
HONORAIRES - médecins signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO - médecins non signataires de L'OPTAM/OPTAM-CO	**500 %** BR **200 %** BR	**500 %** BR **200 %** BR
FRAIS ANNEXE : frais salle d'opération, d'aide opératoire et de pharmacie extra-usuelle liée à l'acte	**500 %** BR	**500 %** BR
FRAIS DE SÉJOUR - Conventionné - Non conventionné	**100 %** FR **90 %** FR	**100 %** FR **90 %** FR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (sauf Établissements Médicaux Sociaux)	**100 %** FR	**100%** FR
CHAMBRE PARTICULIERE PAR JOUR, LIT D'ACCOMPAGNEMENT PAR JOUR (pour enfant de moins de 12 ans) - Conventionné - Non conventionné	**100 %** FR **90 %** FR	**100 %** FR **90 %** FR
TRANSPORT REMBOURSÉ PAR LA S.s	**100 %** FR	**100 %** FR
SÉJOURS (en établissement médico éducatifs ou médico pédagogique sont exclus les EHPAD et les MAS)	**Formule C**	**Formule D**
FRAIS DE SÉJOUR	**100 %** BR	**100 %** BR
FORFAIT JOURNALIER	Non pris en charge	Non pris en charge

OPTIQUE	**Formule C**			**Formule D**		
	OPTIQUE (CLASSE A) **(en éléments de l'équipement)**	**OPTIQUE (CLASSE B)** **(en équipement)**		**OPTIQUE (CLASSE A)** **(en éléments de l'équipement)**	**OPTIQUE (CLASSE B)** **(en équipement)**	
	Sans reste à charge **(S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	**Tarif libre (S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction visuelle		**Sans reste à charge** **(S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	**Tarif libre (S.s et TM inclus)** Limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, ramené à 1 an pour les ENFANTS de moins de 16 ans ou en cas de changement de correction visuelle	
ÉQUIPEMENT OPTIQUE	**100 %** des Frais Réels dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (classe A)	A : Monture + 2 verres simples (A)*	**420 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture	**100 %** des Frais Réels dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (classe A)	A : Monture + 2 verres simples (A)*	**420 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture
		B : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre complexe (C)*	**440 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		B : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre complexe (C)*	**560 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture
		C : Monture + 2 verres complexes (C)*	**460 €** par équipement optique, et dont **100 €** au maximum pour la monture		C : Monture + 2 verres complexes (C)*	**700 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture
		D : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre hyper complexe (F)*	**460 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture		D : Monture + 1 verre simple (A) + 1 verre hyper complexe (F)*	**610 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture
		E : Monture + 1 verre complexe (C) + 1 verre hyper complexe (F)*	**480 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture		E : Monture + 1 verre complexe (C) + 1 verre hyper complexe (F)*	**750 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture
		F : Monture + 2 verres hyper complexes (F)*	**500 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture		F : Monture + 2 verres hyper complexes (F)*	**800 €** par équipement optique, et dont **150 €** au maximum pour la monture

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES	**Formule C**	**Formule D**
LENTILLES - REMBOURSÉES PAR LA S.s (en complément du remboursement de la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire)	**10 %** du PMSS par an et par bénéficiaire	**20 %** du PMSS par an et par bénéficiaire
LENTILLES - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s y compris lentilles jetables	**10 %** du PMSS par an et par bénéficiaire	**16 %** du PMSS par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	**20 %** du PMSS par oeil traité	**20 %** du PMSS par oeil traité

DENTAIRE	**Formule C**			**Formule D**		
SOINS	**275 %** BR			**275 %** BR		
	Sans reste à charge	**Tarif maîtrisé**	**Tarif libre**	**Sans reste à charge**	**Tarif maîtrisé**	**Tarif libre**
PROTHÈSES DENTAIRES 100 % **SANTÉ REMBOURSÉES PAR LA S.s** (dont inlays cores etc...)	**100 %** des Frais Réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	Sans objet	Sans objet	**100 %** des Frais Réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	Sans objet	Sans objet
PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES PAR LA S.s (dont inlay cores etc ...)	Sans objet	**450 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**450 %** BR	Sans objet	**500 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**500 %** BR
INLAY ONLAY REMBOURSÉS PAR LA S.s	Sans objet	**275 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**275 %** BR	Sans objet	**275 %** BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	**275 %** BR
PROTHÈSES DENTAIRES - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	**450 %** de la BR reconstituée			**500 %** de la BR reconstituée		
ORTHODONTIE - REMBOURSÉE PAR LA S.s / semestre	**450 %** BR			**500 %** BR		
ORTHODONTIE - NON REMBOURSÉE PAR LA S.s / semestre	**450 %** de la BR reconstituée			**500 %** de la BR reconstituée		
IMPLANTOLOGIE - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	**750 €** par implant dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire			**1 000 €** par implant dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire		
PARODONTOLOGIE - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	**200 €** par an			**350 €** par an		
AIDES AUDITIVES ADULTES (21 ans et plus)	**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**		**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**	
	100 % des Frais Réels**	**900 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans		**100 %** des Frais Réels**	**1 200 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans	
AIDES AUDITIVES ENFANTS (0 à 20 ans inclus)	**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**		**Sans reste à charge**	**Tarif Libre**	
	100 % des Frais Réels**	**1 600 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans		**100 %** des Frais Réels**	**1 700 €** par aide auditive incluant le remboursement S.s et le TM, dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans	

AUTRES PRESTATIONS	**Formule C**	**Formule D**
APPAREILLAGE, ORTHOPÉDIE	**195 %** BR	**265 %** BR
CURE THERMALE - REMBOURSÉE PAR LA S.s	**15 %** du PMSS	**30 %** du PMSS
CURE THERMALE - NON REMBOURSÉES PAR LA S.s	**15 %** du PMSS par an et par bénéficiaire	**30 %** du PMSS par an et par bénéficiaire
AUTRES PRESTATIONS - NON REMBOURSÉES S.s	**Formule C**	**Formule D**
FORFAIT NAISSANCE (par enfant)	Prestation globale **10 %** PMSS	Prestation globale **15 %** PMSS
PANIER AUTOMÉDICATION (panier rhume et rhinites allergiques) panier trousse du voyageur, panier contraception, panier sevrage tabagique)	Prestation globale **80 €** par an et par bénéficiaire	Prestation globale **130 €** par an et par bénéficiaire
MEDECINE DOUCE - NON PRIS EN CHARGE PAR LA S.s : ostéopathie, étiopathie, chiropracteur, acupuncteur, homéopathie, orhopédiste, podologue, naturopathe, sophrologie, nutritionniste, diététicien, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, ostéodensitométrie et kinésiologie	Prestation globale **80€** par an et par bénéficiaire	Prestation globale **130 €** par an et par bénéficiaire
VACCINS - REFUSÉS S.s	**100 %** des FR	**100 %** des FR
SERVICES : téléconsultation, assistance, réseau de soins	Inclus	Inclus

Légende :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
AMO : Assurance Maladie Obligatoire.
S.s : Sécurité sociale.
PMSS : Plafond Mensuel de la S.s.
OPTAM/OPTAM-CO : Option patrique tarifaire maîtrisé (Chirurgie et obstétrique). Il s'agit d'un contrat en l'Assurance maladie obligatoire et les médecins du secteur 2 (ou du secteur 1 dans certzains cas) signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO qui vise à encadrer les dépassements d'honoraires.

*Equipement optique

Verre simple (A) : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou verre unifocal sphérq-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et le cylindre < à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est positive et la somme S (sphère + cylindre) est ≤ à 6,00 dioptries.

Verre complexe (C) : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries. Ou verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et le cylindre est > à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est < à -6,00 dioptries et le cylindre est ≥ à 0,25 dioptries, ou dont la sphère est positive et dont la somme S est > à 6,00 dioptries. Ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est positive et dont la somme S est ≤ à 8,00 dioptries.

Verre hyper complexe (F) : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. Ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et le cylindre est > à +4,00 dioptries, ou dont la sphère est < à 8,00 dioptries et le cylindre est ≥ à 0,25 dioptries, ou dont la sphère est positive et la somme S est > à 8,00 dioptries.

** Aides auditives

Par oreille, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I) dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.