

➤ Grille des garanties Frais de santé au 1^{er} janvier 2026

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION (MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE)		
Honoraires		
Actes et soins		
- Médecins signataires DPTM		400 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM		200% de la BR
Forfait sur les actes dits "lourds"		100% des Frais réels
Frais de séjour		400% de la BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100% des Frais réels
Forfait patient urgences		100% des Frais réels
Chambre particulière (y compris ambulatoire)		45 € / jour (limité à 100 jours par année civile)
Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inscrit au régime (jusqu'à la veille de son 16^{ème} anniversaire)		50 € / jour
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM		200% de la BR
- Médecins non-signataires DPTM		180 % de la BR
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM		300 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM		200% de la BR
Actes d'imagerie		
- Médecins signataires DPTM		150 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM		130 % de la BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM		300 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM		200% de la BR
Psychologue*		100% de la BR / bénéficiaire / année civile (dans la limite de 12 séances)
Actes de télésurveillance médicale ⁽²⁾		100% de la BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux		100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale		100 % de la BR
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu important		100 % de la BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré		100 % de la BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible		50 % de la BR
Contraception prescrite non remboursée par l'AMO		220 € / bénéficiaire / année civile

Matériel médical	
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	400 % de la BR
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages, prescrits et non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	165€ / bénéficiaire / année civile
Fauteuils roulants 100% santé Un fauteuil roulant tous les 5 ans pour les personnes de plus de 16 ans et tous les 3 ans pour les personnes de moins de 16 ans	
Achat neuf et location longue durée	Prise en charge à 100% par l'AMO
Location courte durée (*1)	Frais réels dans la limite des PLV
Prothèses capillaires (*2)	
- Prothèses capillaires Classe I	Prise en charge à 100% par l'AMO
- Prothèses capillaires Classe II	Frais réels dans la limite des PLV
- Prothèses capillaires Classe III(*3) et Classe IV (*4)	400% de la BR (Classe III dans la limite des PLV)
Transport sanitaire	100 % de la BR
Forfait sur les actes dits "lourds"	100% des Frais réels
DENTAIRE	
Soins	
Actes et consultations	100 % de la BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	350 % de la BR
Soins et prothèses 100% santé	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	Frais réels dans le respect des HLF
Prothèses hors 100% santé	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	
> Panier à honoraires maîtrisés inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR dans le respect des HLF
> Panier à honoraires libres inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR
Actes non remboursés par l'AMO	
- Parodontologie - Prothèses - Implant (hors pilier)	200€ / bénéficiaire / année civile 322,50€ / prothèse 650€ / implant
- Orthodontie	200 % de la BR reconstituée
Supplément pour verres avec filtres	100% de la BR
OPTIQUE	
Equipement optique : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.	
Equipements 100% santé	
Classe A Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement ⁽³⁾	
- Monture	Frais réels dans la limite des PLV
- Verres (tous types de correction)	Frais réels dans la limite des PLV

Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent	Frais réels dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres	Frais réels dans la limite des PLV
Equipements hors 100% santé	
Voir grille optique	
Classe B - Tarifs libres Verres et/ou monture ⁽³⁾ - Monture - Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus - Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans	100 € Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% de la BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipétos / verres iséiconiques)	100% de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
- Lentilles remboursées par l'AMO - Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO - Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO ⁽⁴⁾	300 € / bénéficiaire / année civile (au minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO) 650 € / œil / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er janvier 2021.	
Aide auditive à compter du 01/01/2021	
Equipement 100% santé	
Classe I - Soumis à des prix limites de vente Equipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction)	Frais réels dans la limite des PLV
- Aides auditives au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	Frais réels dans la limite des PLV
Equipement hors 100% santé	
Classe II - Tarifs libres Equipements tels que définis réglementairement - Aides auditives jusqu'au 20^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction)	1 700 € par oreille
- Aides auditives au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	1 400 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁵⁾	200% de la BR

CURE THERMALE ⁽⁶⁾	
Soins, transport, hébergement pour les personnes de moins de 16 ans	100% de la BR + 275 € / bénéficiaire / année civile
Soins, transport, hébergement pour les personnes de 16 ans et plus	100% de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile
AUTRES ACTES	
Actes de prévention définis par la réglementation	100% de la BR
MEDECINE DOUCE	
Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédicure-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur	60% des Frais réels limités à 40€ / année civile / bénéficiaire
AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27^{ème} anniversaire tels que définis au régime)	
Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue**, Pédopsychiatre, Orthoptiste	60% des Frais réels limités à 200€ / année civile / bénéficiaire

Abbreviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. RSS : Remboursement Sécurité Sociale ; HLF : Honoraire Limite de facturation ; PLV : Prix Limite de Vente / RSS : Remboursement Sécurité sociale.

*Psychologue : prise en charge à compter du 01/04/2022 par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, des séances de psychologie pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans, conformément au décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et aux arrêtés des 2 et 8 mars 2022.

** Les séances de psychologie « autres » sont remboursées lorsque la consultation ne rentre pas dans le dispositif de prise en charge par l'Assurance maladie (exemple : psychologue non conventionné) ou au-delà des 12 séances fixées par celui-ci.

(*1) Fauteuils roulants - Location de courte durée : le contrat responsable prévoit à compter du 1^{er} décembre 2025, la prise en charge du forfait de location hebdomadaire, du forfait de mise à disposition et du forfait de livraison à hauteur des frais réels engagés, dans la limite des PLV, dans la limite d'une période de 3 mois, qui peut être prolongée de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante.

(*2) Le décret du 26 novembre 2025 a précisé les obligations de prise en charge des prothèses capillaires au 1^{er} janvier 2026, dans le cadre des contrats responsables. 4 classes sont prévues avec des niveaux de remboursement différents (selon la nature des cheveux naturels ou synthétiques). Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un devis intégrant au moins une offre « 100% santé ». Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an, à compter de la date d'achat de la dernière prothèse capillaire.

(*3) Prothèses capillaires composées, au minimum, de 50 % de cheveux naturels. Le PLV est supérieur à celui fixé pour la classe II. La prise en charge du dépassement par l'AMC dépend des garanties prévues au contrat.

(*4) Prothèses capillaires composées intégralement à partir de cheveux naturels. Catégorie non soumise au PLV. Comme pour la classe III, l'AMC n'a pas l'obligation de prendre en charge les dépassements sur ces prothèses de classe IV dans le cadre des contrats responsables. Leur prise en charge dépend uniquement des garanties prévues au contrat.

(1) Sans limitation de durée : pour le forfait journalier le montant est au 01/03/2026 de 23 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 17 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

(2) Actes de télésurveillance médicale : la télésurveillance médicale est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (dans le cadre des contrats responsables) à compter du 1^{er} juillet 2023 selon l'arrêté du 16 mai 2023.

Seules les pathologies ayant reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS) et ayant fait l'objet d'une publication au Journal officiel par arrêté ministériel sont ouvertes à la prise en charge dans le cadre du droit commun. Il s'agit des pathologies suivantes :

- l'insuffisance cardiaque ;
- l'insuffisance rénale ;
- l'insuffisance respiratoire ;
- le diabète ;
- Le cancer pour des patients adultes sous traitement systémique.

D'autres pathologies pourront à l'avenir être prises en charge également, après avis favorable de la HAS et publiées au journal officiel par arrêté ministériel.

(3) Conditions de renouvellement pour un équipement optique

► La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

► Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

► La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(4) Hors implant oculaire, seul l'acte de chirurgie est pris en charge. Une facture détaillée est requise, elle doit distinguer l'acte de chirurgie réfractive du prix de l'implant.

(5) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(6) Cure thermique : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO.

Grille optique

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE DE REMBOURSEMENT		Classe de verre selon le décret du 11 janvier 2019
			Montant en € par verre (R SS inclus)		
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant – de 16 ans	
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	120 €	120 €	Verre simple
		SPH < à - 6 ou > à + 6	255 €	255 €	Verre complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	120 €	120 €	Verre simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	120 €	120 €	Verre simple
		SPH > 0 et S > + 6	255 €	255 €	Verre complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	255 €	255 €	Verre complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	255 €	255 €	Verre complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	255 €	255 €	Verre complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	255 €	255 €	Verre complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	255 €	255 €	Verre complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	315 €	Verre très complexe