

# FORMULE 1 Métropole

<b>GARANTIES</b>	<b>REMBOURSEMENTS</b> Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> prise en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>100 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (1)	
Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	<b>100 €</b> par bénéficiaire <b>150 €</b> par bénéficiaire <b>200 €</b> par bénéficiaire
Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR <b>125 %</b> de la BR <b>125 %</b> de la BR
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR
<b>ACTES DE PREVENTION</b> pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	<b>100 %</b> de la BR
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

## Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermale » sont acquises uniquement lorsque la cure thermale est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 1 Métropole renfort option 1

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Et y compris le remboursement de la Base Formule 1 Dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>150 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM (1) <b>150 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>150 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>150 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>150 %</b> de la BR <b>150 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrits médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>20 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>150 %</b> de la BR <b>150 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM (1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité	<b>10 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours par année civile en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>5 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>125 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (3)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>125 €</b> par bénéficiaire <b>185 €</b> par bénéficiaire <b>250 €</b> par bénéficiaire <b>100 %</b> de la BR + <b>30 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par œil et par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS (2)) IMPLANTS non pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR <b>175 %</b> de la BR <b>175 %</b> de la BR <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>200 €</b> par implant et par bénéficiaire
Plafond sur les prothèses dentaires et implants : <b>500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires prises en charge, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>200 €</b> par année civile par oreille et par bénéficiaire <b>150 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>100 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>100 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHÉRAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite <b>1</b> séance par année civile  <b>20 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>20 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>50 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>20 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermale » sont acquises uniquement lorsque la cure thermale est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(3) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 1 Métropole renfort option 2

<b>GARANTIES</b>	<b>REMBOURSEMENTS</b> Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Et y compris le remboursement de la Base Formule 1 dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>200 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM (1) <b>200 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>200 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>200 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>200 %</b> de la BR <b>200 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>40 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>200 %</b> de la BR <b>200 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>100 %</b> de la BR médecins non DPTM (1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b>	<b>20 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>10 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (4)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes  Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité Sociale Opération des yeux (chirurgie réfractive adultes de moins de 40 ans)	<b>150 €</b> par bénéficiaire <b>225 €</b> par bénéficiaire <b>300 €</b> par bénéficiaire  <b>100 %</b> de la BR + <b>60 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>200 €</b> par œil et par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale (3) PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS (2) IMPLANTS dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale  Plafond sur les prothèses dentaires et les implants : <b>1 000 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	<b>100 %</b> de la BR <b>225 %</b> de la BR <b>225 %</b> de la BR <b>400 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>200 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>400 €</b> par implant et par bénéficiaire
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>400 €</b> par année civile par oreille et par bénéficiaire <b>200 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>200 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>200 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHÉRAPIE sur présentation de la facture acquittée (5)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>2</b> séances par année civile  <b>40 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>40 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>40 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>ACTES DE PREVENTION</b> pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	<b>100 %</b> de la BR
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(3) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale est limitée à 6 semestres.

(4) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simple foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(5) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

\* Sur présentation du décompte de la Sécurité sociale.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 2 Métropole

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>175 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM(1) <b>175 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>175 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>175 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>150 %</b> de la BR <b>150 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>50 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>175 %</b> de la BR <b>175 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM(1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> hors ambulatoire	<b>20 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>40 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>25 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (2)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes  Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>200 €</b> par bénéficiaire <b>250 €</b> par bénéficiaire <b>300 €</b> par bénéficiaire  <b>100 %</b> de la BR + <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>200 €</b> par œil et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS)(3)	<b>150 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR <b>200 %</b> de la BR <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire
Plafond sur les prothèses dentaires : <b>1 500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>400 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>150 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>100 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>100 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE - HOMEOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - MICRO KINESITHÉRAPIE - PSYCHOMOTRICITÉ - PHYTOTHÉRAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>1</b> séance par année civile  <b>50 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>60 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>50 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>ACTES DE PREVENTION</b> pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	<b>100 %</b> de la BR
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(3) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 2 Métropole renfort option 1

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Et y compris le remboursement de la Base Formule 2 dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>225 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM(1) <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>200 %</b> de la BR <b>200 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>70 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>225 %</b> de la BR <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM(1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité hors ambulatoire	<b>30 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>50 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours par année civile en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>30 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (2)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes  Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>225 €</b> par bénéficiaire <b>285 €</b> par bénéficiaire <b>350 €</b> par bénéficiaire  <b>100 %</b> de la BR + <b>130 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>300 €</b> par œil par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS)(3) IMPLANTS dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale  Plafond sur les prothèses dentaires et les implants : <b>2 000 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	<b>150 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR <b>180 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>200 €</b> par implant et par bénéficiaire
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>600 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>200 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>200 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>200 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHÉRAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>2</b> séances par année civile  <b>70 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>150 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>70 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermale » sont acquises uniquement lorsque la cure thermale est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(3) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 2 Métropole renfort option 2

GARANTIES	REMBOURSEMENTS
	Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Et y compris le remboursement de la Base Formule 2 dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM(1) <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>250 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>90 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>275 %</b> de la BR <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>150 %</b> de la BR médecins non DPTM(1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité – en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité – hors ambulatoire	<b>40 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>60 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours par année civile en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>35 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (2)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes  Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>250 €</b> par bénéficiaire <b>325 €</b> par bénéficiaire <b>400 €</b> par bénéficiaire  <b>100 %</b> de la BR + <b>160 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>400 €</b> par œil et par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale(3) PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS)(4) IMPLANTS dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale  Plafond sur les prothèses dentaires et les implants : <b>2 500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	<b>150 %</b> de la BR <b>350 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR <b>400 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>280 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>400 €</b> par implant et par bénéficiaire
<b>PROTHESES MEDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>800 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>250 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>300 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>300 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHERAPIE sur présentation de la facture acquittée (5)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>3</b> séances par année civile  <b>90 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>200 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>90 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité Sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(3) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale est limitée à 6 semestres

(4) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(5) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 3 Métropole

GARANTIES	REMBOURSEMENTS
	Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>225 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM(1) <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>225 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>200 %</b> de la BR <b>200 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>60 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>250 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM(1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIERE</b> en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIERE</b> hors ambulatoire	<b>30 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>60 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>30 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (2)	
Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	<b>250 €</b> par bénéficiaire <b>300 €</b> par bénéficiaire <b>350 €</b> par bénéficiaire
Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>100 %</b> de la BR + <b>150 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>300 €</b> par œil et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS)(3) IMPLANTS non pris en charge par la Sécurité sociale	<b>200 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>400 €</b> par implant et par bénéficiaire
Plafond sur les prothèses dentaires et les implants : <b>2 500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>600 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>200 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>200 €</b> par enfant <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>200 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHERAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)	<b>50 €</b> par séance dans la limite de <b>2</b> séances par année civile et par bénéficiaire
DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>60 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>150 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>60 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>ACTES DE PREVENTION</b> pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	<b>100 %</b> de la BR
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(3) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 3 Métropole renfort option 1

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Et y compris le remboursement de la Base Formule 3 dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE an cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>275 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM(1) <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>275 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>250 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité Sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>300 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM(1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité – en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité – hors ambulatoire	<b>40 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>70 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours par année civile en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>35 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (2)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes  Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>275 €</b> par bénéficiaire <b>335 €</b> par bénéficiaire <b>400 €</b> par bénéficiaire  <b>100 %</b> de la BR + <b>180 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>400 €</b> par œil et par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS)(3) IMPLANTS dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale  Plafond sur les prothèses dentaires et les implants : <b>3 000 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	<b>200 %</b> de la BR <b>350 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR <b>200 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>600 €</b> par implant et par bénéficiaire
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>800 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>250 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>300 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>300 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHÉRAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>3</b> séances par année civile  <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>200 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité Sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(3) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 3 Métropole renfort option 2

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Et le remboursement de la Base Formule 3 Dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>325 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM(1) <b>325 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>325 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>325 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>300 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>350 %</b> de la BR <b>350 %</b> de la BR médecin DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecin non DPTM(1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité – en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> y compris maternité – hors ambulatoire	<b>50 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>80 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours par année civile en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>40 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>150 €</b> par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. (2)  Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hyper complexe Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes  Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale Opération des yeux	<b>300 €</b> par bénéficiaire <b>375 €</b> par bénéficiaire <b>450 €</b> par bénéficiaire  <b>100 %</b> du TM + <b>210 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>500 €</b> par œil et par année civile et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale(3) PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS)(4) IMPLANTS dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale  Plafond sur les prothèses dentaires et implantologie : <b>3 500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	<b>200 %</b> de la BR <b>400 %</b> de la BR <b>350 %</b> de la BR <b>400 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>300 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>800 €</b> par implant et par bénéficiaire
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>1 000 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>300 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> NAISSANCE CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>400 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>400 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE – CHIROPRACTIE – ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHERAPIE sur présentation de la facture acquittée (5)  DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>4</b> séances par année civile  <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>120 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>250 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité Sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) En optique, les forfaits en euros s'entendent en complément de la Sécurité Sociale.

Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Les correspondances en dioptrie :

- Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieur à -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 ou +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4.

(3) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale est limitée à 6 semestres.

(4) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(5) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

## FORMULE 4 Métropole

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>250 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM (1) <b>250 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>250 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>250 %</b> de la BR <b>250 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>350 %</b> de la BR <b>350 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM (1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> hors ambulatoire	<b>50 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>100 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>35 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b>	Voir grille optique Santéclair ci-après
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale (3) PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS (2) IMPLANTS non pris en charge par la Sécurité sociale	<b>250 %</b> de la BR <b>400 %</b> de la BR <b>350 %</b> de la BR <b>1 200 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>250 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>550 €</b> par implant et par bénéficiaire
Plafond sur les prothèses dentaires et les implants : <b>3 500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>800 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>250 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> <b>NAISSANCE</b>  CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>300 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>300 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE – ACUPUNCTURE- ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHERAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>3</b> séances par année civile
DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>200 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>80 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>ACTES DE PREVENTION</b> pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	<b>100 %</b> de la BR
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(3) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale est limitée à 6 semestres.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable dans la majorité des cas. Pour les quelques exceptions qui pourraient survenir, un blocage informatique est mis en place afin de limiter la prise en charge aux dits plafonds.

classe	Valeur de la sphère	Garantie verre dans le réseau **	Garantie par verre hors réseau **
<b>Verre unifocal ou mi-distance, avec précalibrage</b>			
101	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	verre standard (-> 1.52) avec super antireflet en minéral ou en organique durci A partir d'une sphère de 2,25 : verre aminci 1,6	<b>60 €</b>
102	de 0 à 4 et cylindre > 2 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	verre super aminci (->1.6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci	<b>85 €</b>
103	de 4,25 à 6 et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	verre extra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.67)	<b>110 €</b>
104	de 6,25 à 8 et cylindre > 2 & ≥ à 8,25, q.q.s. le cylindre	verre ultra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.74)	<b>190 €</b>
<b>Verre multifocal, avec précalibrage</b>			
111	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	verre avec super antireflet en organique durci standard (-> 1.52) ou minéral super aminci (->1.6) A partir d'une sphère de 2,25 : verre aminci 1,6	<b>150 €</b>
112	de 0 à 4 et cylindre > 2 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	verre super aminci (->1.6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci	<b>190 €</b>
113	de 4,25 à 6 et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	verre extra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->-1.67)	<b>230 €</b>
114	de 6,25 à 8 et cylindre > 2 & ≥ à 8,25, q.q.s. le cylindre	verre ultra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.74)	<b>280 €</b>
Monture adulte (18 ans et plus)		<b>150 €</b>	

<b>Verre unifocal, avec précalibrage **</b>			
201	de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	verre standard (-> 1.52) en organique durci A partir de 10 ans : super antireflet A partir d'une sphère de 2,25 : verre aminci 1,6	<b>45 €</b>
202	de 0 à 4 et cylindre > 2 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	verre super aminci (-> 1.6) avec super antireflet en organique durci	<b>75 €</b>
203	de 4,25 à 6 et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	verre extra aminci (->1.67) avec super antireflet en organique durci	<b>90 €</b>
204	de 6,25 à 8 et cylindre > 2 & ≥ à 8,25, q.q.s. le cylindre	verre ultra aminci (->1.74) avec super antireflet en organique durci	<b>120 €</b>
<b>Verre multifocal, avec précalibrage **</b>			
204	Classe de 1 à 4	verre ultra aminci (->1.71) avec super antireflet en organique durci	<b>120 €</b>
Monture enfant (moins de 18 ans)		<b>80 €</b>	

Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>250 €</b> par année civile (y compris les produits d'entretien) et par bénéficiaire
Opération des yeux (chirurgie réfractive) par œil	Myopie, astigmatisme, hypermétropie : <b>350 €</b>

1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de **150 €** par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement.

\*\* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles.

## FORMULE 5 Métropole

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
<b>SOINS COURANTS</b> CONSULTATIONS - VISITES ACTES DE CHIRURGIE an cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ANALYSES AUXILIAIRES MÉDICAUX	<b>300 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM (1) <b>300 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>300 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>300 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM <b>300 %</b> de la BR <b>300 %</b> de la BR
<b>PHARMACIE</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement)	<b>100 %</b> de la BR <b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>HOSPITALISATION</b> y compris maternité FRAIS DE SÉJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE – ACTES CHIRURGICAUX ET D'OBSTÉTRIQUE	<b>450 %</b> de la BR <b>450 %</b> de la BR médecins DPTM / <b>200 %</b> de la BR médecins non DPTM (1)
<b>FORFAIT JOURNALIER</b>	<b>Frais réels</b> A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
<b>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS</b>	<b>Frais réels</b>
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> en ambulatoire <b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> hors ambulatoire	<b>60 €</b> par jour et par bénéficiaire <b>120 €</b> par jour et par bénéficiaire dans la limite de <b>90</b> jours en établissements et services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatrique
<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> + repas (pour enfant de moins de 16 ans)	<b>40 €</b> par jour et par bénéficiaire
<b>TRANSPORT TERRESTRE</b>	<b>100 %</b> de la BR
<b>OPTIQUE</b>	Voir grille optique Santéclair ci-après
<b>DENTAIRE</b> SOINS PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale (3) PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (code de regroupement CCAM TDS (2) IMPLANTS non pris en charge par la Sécurité sociale	<b>300 %</b> de la BR <b>500 %</b> de la BR <b>450 %</b> de la BR <b>1 600 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>400 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>800 €</b> par implant et par bénéficiaire
Plafond sur les prothèses dentaires et implants : <b>4 500 €</b> par année civile et par bénéficiaire (pour les prothèses dentaires, au-delà du plafond, remboursement à hauteur de <b>125 %</b> de la BR)	
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b> ACOUSTIQUE ORTHOPÉDIE autres prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>1 000 €</b> par oreille et par bénéficiaire <b>300 %</b> de la BR
<b>FORFAITS</b> <b>NAISSANCE</b>  CURE THERMALE Forfait thermal - surveillance médicale - transport terrestre Hébergement	<b>400 €</b> par enfant  <b>100 %</b> de la BR <b>100 %</b> de la BR + <b>400 €</b> par cure et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION - MÉDECINE ALTERNATIVE</b> OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ETIOPATHIE – HOMEOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – MICRO KINESITHÉRAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHERAPIE sur présentation de la facture acquittée (4)	<b>50 €</b> par séance et par bénéficiaire dans la limite de <b>4</b> séances par année civile
DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE VACCINS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prises en charge par la Sécurité sociale SEVRAGE TABAGIQUE	<b>120 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>120 €</b> par année civile et par bénéficiaire <b>300 €</b> par année civile et par bénéficiaire  <b>120 €</b> par année civile et par bénéficiaire
<b>ACTES DE PREVENTION</b> pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	<b>100 %</b> de la BR
<b>SMI ASSISTANCE</b>	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

### Prestations de l'année 2019

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermique » sont acquises uniquement lorsque la cure thermique est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

(1) Médecins DPTM : Les Médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée négociés entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie – Obstétrique).

A noter : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au Contrat d'Accès aux Soins précédemment en vigueur. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

(3) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale est limitée à 6 semestres.

(4) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de Siret.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.

Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable dans la majorité des cas. Pour les quelques exceptions qui pourraient survenir, un blocage informatique est mis en place afin de limiter la prise en charge aux dits plafonds.

classe	Valeur de la sphère	Garantie verre dans le réseau **	Garantie par verre hors réseau **
Verre unifocal ou mi-distance			
<b>101</b>	<b>de 0 à 4 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>70 €</b>
<b>102</b>	<b>de 0 à 4 et cylindre &gt; 2 &amp; de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>100 €</b>
<b>103</b>	<b>de 4,25 à 6 et cylindre &gt; 2 &amp; de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>130 €</b>
<b>104</b>	<b>de 6,25 à 8 et cylindre &gt; 2 &amp; ≥ à 8,25, q.q.s. le cylindre</b>	100 % des frais réels	<b>220 €</b>
Verre multifocal			
<b>111</b>	<b>de 0 à 4 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>170 €</b>
<b>112</b>	<b>de 0 à 4 et cylindre &gt; 2 &amp; de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>220 €</b>
<b>113</b>	<b>de 4,25 à 6 et cylindre &gt; 2 &amp; de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>260 €</b>
<b>114</b>	<b>de 6,25 à 8 et cylindre &gt; 2 &amp; ≥ à 8,25, q.q.s. le cylindre</b>	100 % des frais réels	<b>300 €</b>
Monture adulte (18 ans et plus)		<b>150 €</b>	

Verre unifocal **			
<b>201</b>	<b>de 0 à 4 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>60 €</b>
<b>202</b>	<b>de 0 à 4 et cylindre &gt; 2 &amp; de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>90 €</b>
<b>203</b>	<b>de 4,25 à 6 et cylindre &gt; 2 &amp; de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2</b>	100 % des frais réels	<b>110 €</b>
<b>204</b>	<b>de 6,25 à 8 et cylindre &gt; 2 &amp; ≥ à 8,25, q.q.s. le cylindre</b>	100 % des frais réels	<b>200 €</b>
Verre multifocal **			
<b>204</b>	<b>Classe de 1 à 4</b>	100 % des frais réels	<b>200 €</b>
Monture enfant (moins de 18 ans)		<b>100 €</b>	

Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale	<b>100 %</b> de la BR + <b>250 €</b> par année civile (y compris les produits d'entretien) et par bénéficiaire
Opération des yeux (chirurgie réfractive) par œil	Myopie, astigmatisme, hypermétropie : <b>500 €</b>

1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de **150 €** par monture - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement.

\*\* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles.