

## **Contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire de Frais de soins de santé des salariés de la CAISSE DES DEPOTS ET DES CONSIGNATIONS**

Tableau de garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2025



## TABLEAU DES GARANTIES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2025

Les remboursements sont effectués en complément des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrats responsables », visés aux articles L. 871-1 et R. 871-1 à R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

HOSPITALISATION	PRESTATIONS
<b>Honoraires</b>	
- Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins ayant adhéré aux DPTAM	100 % des FR – MR
- Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	TM + 100 % de la BR
- Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) non conventionnés	TM + 100 % de la BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (Hors établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD))	100 % du forfait par jour
<b>Frais de séjours</b>	
- Frais de séjours en établissements conventionnés	100 % des FR – MR
- Frais de séjours en établissements non conventionnés	100 % des FR – MR
<b>Chambre particulière</b>	2 % PMSS par jour
<b>Frais de la personne accompagnante (enfant de moins de 12 ans)</b>	2 % PMSS par jour

SOINS COURANTS	PRESTATIONS
<b>Honoraires médicaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations / consultations en ligne* / visites généralistes réalisées par les médecins ayant adhéré aux DPTAM</li> </ul>	100 % du TM + 120 % de la BR + 90 % des FR au-delà
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations / consultations en ligne* / visites généralistes réalisées par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM</li> </ul>	TM + 100 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations / consultations en ligne* / visites spécialistes réalisées par les médecins ayant adhéré aux DPTAM</li> </ul>	100 % du TM + 120 % de la BR + 90 % des FR au-delà
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations / consultations en ligne* / visites spécialistes / réalisées par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM</li> </ul>	TM + 100 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actes techniques médicaux dispensés par le praticien adhérent aux DPTAM</li> </ul>	100 % du TM + 120 % de la BR + 90 % des FR au-delà
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actes techniques médicaux dispensés par le praticien n'ayant pas adhéré aux DPTAM</li> </ul>	TM + 100 % de la BR
<b>Imagerie médicale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologie et échographie pratiquées par les médecins ayant adhéré aux DPTAM</li> <li>- Radiologie et échographie pratiquées par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM</li> </ul>	100 % du TM + 120 % de la BR + 90 % des FR au-delà TM + 100 % de la BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyses et examens de laboratoire prescrits pris en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> <li>- Prélèvements</li> </ul>	100 % du TM + 90 % des FR au-delà 100 % du TM + 90 % des FR au-delà
<b>Honoraires paramédicaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliaires médicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue et sage-femme)</li> </ul>	100 % du TM + 90 % des FR au-delà
<b>Médicaments</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmacie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> </ul>	100 % TM
<i>* Consultations en ligne prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</i>	

**DENTAIRE**

**Soins et prothèses dentaires éligibles au Panier « 100 % santé » à prise en charge renforcée tels que définis réglementairement\***

<p><b>Prothèses « 100 % santé »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1<sup>ère</sup> prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toutes localisations.</li> <li>- Inlays cores et couronnes transitoires</li> <li>- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine</li> </ul>	<p>100 % FR - MR</p>
<p><b>Soins dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</b></p>	<p>100 % des FR limité à 400 % de la BR</p>
<p><b>Inlays – Onlays non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »** ou « tarif libre »***)</b></p>	<p>100 % des FR limité à 400 % de la BR</p>
<p><b>Prothèses dentaires non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »** ou « tarif libre »***)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prothèses dentaires prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> <li>- Prothèses dentaires non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> </ul>	<p>100 % des FR - MR dans la limite du plafond**** Au-delà du plafond, prestation limitée à 100 % du TM + 25 % de la BR</p> <p>100 % des FR dans la limite du plafond****</p>
<p><b>Orthodontie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> </ul>	<p>100 % des FR – MR dans la limite du plafond****</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthodontie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> </ul>	<p>100 % des FR dans la limite du plafond****</p>
<p><b>Implantologie</b></p>	<p>100 % des FR dans la limite du plafond****</p>
<p><b>Parodontologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parodontologie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> </ul>	<p>100 % des FR limité à 400 % de la BR</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parodontologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</li> </ul>	<p>100 % des FR dans la limite du plafond****</p>

\* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix limite de vente : PLV) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale.

\*\* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix limite de vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale

\*\*\* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

\*\*\*\* Prestation limitée à 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste. Au-delà du plafond, prestation limitée à 100 % du TM + 25 % de la BR uniquement pour les prothèses dentaires et l'orthodontie prises en charge

## OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) par période de :

- de deux ans pour les Assurés de 16 ans et plus ; cette limitation est réduite à un an en cas d'évolution de la vue (soit sur présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique soit en cas d'adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors du renouvellement de délivrance).

- d'un an pour les Assurés de moins de 16 ans ; cette limitation est supprimée en cas d'évolution de la vue (sur présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement est possible à l'issue d'une période de 6 mois uniquement en cas de monture inadaptée à la morphologie de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (sur présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique).

PRESTATIONS	
<p><b>Equipements éligibles au panier « 100 % santé » dits de « Classe A » tel que définis réglementairement*</b>  <i>Le coût de l'équipement ne doit pas excéder le plafond fixé par la réforme 100 % santé y compris monture à 30 €.</i>  <i>Le panachage :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verres 100% santé "Classe A" et monture "Classe B / tarif libre",</li> <li>- monture 100% santé "Classe A" et verres "Classe B / tarif libre", est possible.</li> </ul>	100 % FR - MR
<b>Montures non éligibles au panier 100 % santé dits de "Classe B"</b>	100 Euros - MR
<p><b>Verres non éligibles au panier 100 % santé dits de "Classe B"</b></p> <p>a) Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux <math>-6 \leq \text{Sphère} \leq +6</math>            Verres unifocaux <math>-6 \leq \text{Sphère} \leq 0</math> et <math>C \leq +4</math>            Verres unifocaux (Somme de la sphère positive + C) <math>\leq 6</math></p>	160 Euros - MR
<p>b) Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphère hors zone <math>-6</math> à <math>+6</math>            Verres unifocaux <math>-6 \leq \text{Sphère} \leq 0</math> et <math>C &gt; +4</math>            Verres unifocaux sphère <math>&lt; -6</math> et <math>C \geq 0,25</math>            Verres unifocaux (Somme de la sphère positive + C) <math>&gt; 6</math>            Verres progressifs <math>-4 \leq \text{Sphère} \leq +4</math>            Verres progressifs <math>-8 \leq \text{Sphère} \leq 0</math> et <math>C \leq +4</math>            Verres progressifs (Somme de la sphère positive + C) <math>\leq 8</math></p>	300 Euros - MR
<p>c) Verres très complexes :</p> <p>Verres progressifs sphère hors zone <math>-4</math> à <math>+4</math>            Verres progressifs <math>-8 \leq \text{Sphère} \leq 0</math> et <math>C &gt; +4</math>            Verres progressifs sphère <math>&lt; -8</math> et <math>C \geq 0,25</math>            Verres progressifs (Somme de la sphère positive + C) <math>&gt; 8</math></p>	350 Euros - MR
<b>Lentilles</b>	<b>Prestation limitée à 10 % du PMSS par an et par bénéficiaire</b>
- Lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Au-delà du plafond : 100 % des FR – MR
- Lentilles non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie correctrice de l'œil (Par œil, par an et par bénéficiaire)</b>	400 € par œil

\* Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

**AIDES AUDITIVES ET AUTRES APPAREILLAGES**

	<b>PRESTATIONS</b>
<b>Equipements éligibles au panier « 100 % santé » de "Classe 1" tel que définis réglementairement *</b> Dans la limite d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans, à compter de la date de délivrance de l'appareil	100 % FR - MR
<b>Equipements non éligibles au panier 100 % santé de "Classe 2" (y compris piles et entretien).</b> <b>Dans la limite d'une aide auditive tous les 4 ans à compter de la date de délivrance de l'appareil et de 1700 € par oreille pour les équipements de "Classe 2" (remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) inclus).</b>	100 % du TM + 90 % des FR
Piles, consommables et entretien pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % TM
Autres appareillages pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % du TM + 90 % des FR
Autres appareillages prescrits et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	90 % des FR
<i>* Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.</i>	

AUTRES GARANTIES	PRESTATIONS
------------------	-------------

<b>Forfait Patient Urgences</b>	100 % du forfait
<b>Accompagnement psychologique pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</b>	Entretien d'évaluation : 40 % BR De 1 à 11 séances de suivi psychologique : 40 % BR
<b>Cure thermale : soins, transport et hébergement (prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)).</b>	100 % des FR - MR prestation limitée à 15 % du PMSS par cure
<b>Allocation naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans (par enfant)</b>	20 % du PMSS
<b>Actes et soins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</b> - Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, sophrologue, nutritionniste, étio-pathe,	200 € par an et par bénéficiaire
<b>Actes de prévention*</b>	100 % TM
<b>Télésurveillance médicale pour les pathologies définies par arrêté ministériel après avis favorable de la Haute Autorité de Santé. A la date d'effet du Contrat, ces pathologies sont : l'insuffisance respiratoire, le diabète, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, l'oncologie, l'arythmie cardiaque.</b>  Le dispositif de télésurveillance médicale doit être mis en place conformément aux dispositions des décrets n° 2022-1767 et n° 2022-1769 du 30 décembre 2022.	100 % TM
<b>Transport pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</b>	100 % du TM + 90 % des FR au-delà

\* Les 7 actes de prévention sont :

- 1 • scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire.
- 2 • un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum).
- 3 • un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- 4 • dépistage hépatite B
- 5 • dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- 6 • l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans.
- 7 • les vaccinations suivantes (seules ou combinées) : diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, coqueluche : avant 14 ans, hépatite B : avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TABLEAU DES GARANTIES

<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>BR</b>	Base de Remboursement de la Sécurité sociale
<b>DPTAM</b>	Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.
<b>FR</b>	Frais Réellement engagés par l'Assuré
<b>MR</b>	Montant Remboursé par la Sécurité sociale
<b>PMSS</b>	Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice
<b>TM</b>	Ticket modérateur