



**Assurons
un monde
plus ouvert**

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

GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2025

Les remboursements sont effectués sous déduction 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, les transports 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 (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
Honoraires			
- Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) pour les médecins ayant adhéré aux DPTAM	150 % BR	150 % BR	250 % BR
- Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) pour les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier (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	100 % du forfait par jour	100 % du forfait par jour
Frais de séjours			
- Frais de séjours en établissements conventionnés	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Frais de séjours en établissements non conventionnés	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (par jour)			
- Court séjour et maternité	50 € / jour	50 € / jour	115 € / jour
- Soins de suite	40 € / jour	50 € / jour	115 € / jour
- Psychiatrie	45 € / jour	50 € / jour	115 € / jour
- Ambulatoire	25 € / jour	25 € / jour	80 € / jour

HOSPITALISATION	PRESTATIONS (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
Frais de la personne accompagnante en établissements conventionnés	38,50 € / nuit	40 € / nuit	80 € / nuit
Frais de la personne accompagnante en établissements non conventionnés	25 € / nuit	40 € / nuit	80 € / nuit
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR

SOINS COURANTS	PRESTATIONS (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
Honoraires médicaux			
- Consultations / consultations en ligne* / visites généralistes réalisées par les médecins ayant adhéré aux DPTAM	100 % BR	140 % BR	250 % BR
- Consultations / consultations en ligne* / visites généralistes réalisées par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	100 % BR	120 % BR	200 % BR
- Consultations / consultations en ligne* / visites spécialistes réalisées par les médecins ayant adhéré aux DPTAM	150 % BR	160 % BR	250 % BR
- Consultations / consultations en ligne* / visites spécialistes / réalisées par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	130 % BR	140 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux dispensés par le praticien adhérent aux DPTAM	150 % BR	150 % BR	250 % BR
- Actes techniques médicaux dispensés par le praticien n'ayant pas adhéré aux DPTAM	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Imagerie médicale			
- Radiologie et échographie pratiquées par les médecins ayant adhéré aux DPTAM	130 % BR	130 % BR	250 % BR
- Radiologie et échographie pratiquées par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
- Analyses et examens de laboratoire prescrits pris en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Analyses et examens de laboratoire prescrits et non pris en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		40 % FR	40 % FR
Honoraires paramédicaux			
- Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	100 % BR	130 % BR

SOINS COURANTS	PRESTATIONS (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
- Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	130 % BR	130 % BR
- Sage-femme	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
- Pharmacie prise en charge à 15 % par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prise en charge à 65 et 30 % par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) - homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse	70 € / an	70 € / an	70 € / an
Matériel médical			
- Autres prothèses médicales et appareillages	200 % BR	250 % BR	400 % BR
- Fournitures et appareillages non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		50 € / an	150 € / an
<i>* Consultations en ligne prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</i>			

DENTAIRE	PRESTATIONS (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
Soins et prothèses dentaires éligibles au Panier « 100 % santé » à prise en charge renforcée tels que définis règlementairement*			
Prothèses « 100 % santé »			
- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1 ^{ère} prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toutes localisations.			
- Inlays cores et couronnes transitoires	100 % FR	100 % FR	100 % FR
- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine			
Soins non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »** ou « tarif libre »***)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays – Onlays d’obturation non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »**)	150 % BR	150 % BR	750 % BR
Inlays core non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »**)	375 % BR	450 % BR	750 % BR
Inlays – Onlays d’obturation non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif libre »***)	150 % BR	150 % BR	400 % BR
Inlays core non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif libre »***)	200 % BR	200 % BR	750 % BR
Prothèses dentaires non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif maîtrisé »**)			
- Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 % BR	450 % BR	750 % BR
- Prothèses amovibles	375 % BR	450 % BR	750 % BR

DENTAIRE	PRESTATIONS (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
- Prothèses provisoires	375 % BR	450 % BR	750 % BR
Prothèses dentaires non éligibles au Panier « 100 % santé » (Panier à « tarif libre »***)			
- Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	450 % BR	750 % BR
- Prothèses amovibles	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	450 % BR	750 % BR
- Prothèses provisoires	300 % BR	450 % BR	750 % BR
Implantologie			
- Implants	500 € par implant (limite 2 implants / an)	1000 € / implant (limite 2 implants / an)	2000 € / implant (limite 3 implants / an)
- Couronne sur implant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / an)	200 € / couronne (limite 2 couronnes / an)	400 € / couronne (limite 3 couronnes / an)
Orthodontie :			
- Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	250 % BR	250 % BR	500 % BR
- Orthodontie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	400 € par semestre et par bénéficiaire	400 € par semestre et par bénéficiaire	1000 € par semestre et par bénéficiaire
Parodontologie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		100 % BR	400 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		250 € / an	400 € / an

* 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

DENTAIRE	PRESTATIONS (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
<p><i>*** 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.</i></p>			

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 (BASE)	PRESTATIONS (OPTION 1)	PRESTATIONS (OPTION 2)
Equipements éligibles au panier « 100 % santé » dits de « Classe A » tel que définis réglementairement* <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> <ul style="list-style-type: none"> - verres 100% santé "Classe A" et monture "Classe B / tarif libre", - monture 100% santé "Classe A" et verres "Classe B / tarif libre", est possible. 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Montures non éligibles au panier 100 % santé dits de "Classe B"	50 Euros	100 Euros	100 Euros
a) Verres simples : Sphère de - 6 à +6 Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 Euros	120 Euros	160 Euros
b) Verres complexes : Verre unifocal, sphérique Sphère < 6 ou sphère > 6	110 Euros	200 Euros	300 Euros
Verre unifocal, sphéro-cylindrique : Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	60 Euros 110 Euros 110 Euros	120 Euros 200 Euros 200 Euros	160 Euros 300 Euros 300 Euros

Verre multifocal ou progressif sphérique Sphère de - 4 à + 4	150 Euros	200 Euros	300 Euros
Verre multifocal ou progressif sphérocyindrique : Cylindre \leq + 4, sphère de - 8 à 0 Sphère $>$ 0 et (sphère + cylindre) \leq + 8	150 Euros	200 Euros	300 Euros
c) Verres très complexes : Sphère $<$ - 4 ou $>$ + 4 Cylindre $>$ + 4, sphère de - 8 à 0 Sphère $>$ 0 et (sphère + cylindre) $>$ + 8 Cylindre \geq + 0,25, sphère $<$ - 8	200 Euros	280 Euros	350 Euros
Lentilles - Lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 euros par an et par bénéficiaire Au-delà du forfait : 100 % BR	Forfait de 120 € / an Au-delà du forfait : 100 % BR	Forfait de 380 € / an Au-delà du forfait : 100 % BR
- Lentilles non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 euros par an et par bénéficiaire Au-delà du forfait : 100 % BR	Forfait de 120 € / an Au-delà du forfait : 100 % BR	Forfait de 380 € / an Au-delà du forfait : 100 % BR
Chirurgie correctrice de l'œil (Par œil, par an et par bénéficiaire)	400 euros par an et par bénéficiaire	400 € / an	500 € / an
* 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

	PRESTATIONS	PRESTATIONS OPTION 1	PRESTATIONS OPTION 2
Equipements éligibles au panier « 100 % santé » de "Classe 1" tel que définis réglementairement * 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	100 % FR	100 % FR
Equipements non éligibles au panier 100 % santé de "Classe 2" (y compris piles et entretien). 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).	800 € pour les assurés âgés de plus de 20 ans 1400 € pour les assurés âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité	1250 € (y compris Sécurité sociale) pour les assurés âgés de plus de 20 ans 1700 € (y compris Sécurité sociale) pour les assurés âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité	1700 € (y compris Sécurité sociale)
Piles, consommables et entretien pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).	100 % BR	170 % BR	170 % BR
<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 (BASE)	PRESTATIONS OPTION 1	PRESTATIONS OPTION 2
Forfait Patient Urgences	100 % du forfait		
Accompagnement psychologique pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Entretien d'évaluation : 40 % BR De 1 à 11 séances de suivi psychologique : 40 % BR		
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	4 séances / an (limite 30 € / séance)	4 séances / an (limite 30 € / séance)
Cure thermale : soins, transport et hébergement (prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)).	100 % BR	100 % BR + 200 € par cure	100 % BR + 600 € par cure
Actes et soins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)			
- Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, étiope, podologue, pédicure, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	5 séances / an (limite 40 € / séance)	5 séances / an (limite 40 € / séance)
- Vaccins, sevrage tabagique, bilan parodontal, consultation diététicien, examen de mesure de la densité osseuse	80 € / an	100 € / an	150 € / an
- Contraception, tests de grossesse non prescrits	80 € / an	100 € / an	100 € / an
Actes de prévention*	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € / acte	183 € / acte	250 € / acte
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. 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		

Transport pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100 % BR	100 % BR	200 % BR
<p>* Les 7 actes de prévention sont :</p> <p>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.</p> <p>2 • un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum).</p> <p>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.</p> <p>4 • dépistage hépatite B</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			