

Offre sectorielle FM Bureaux d'Etudes

IDCC 1486

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale

Ensemble du personnel

en vigueur à compter du 01/07/2026

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
SOINS COURANTS				
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	100 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Honoraires médicaux				
Consultations, visites et téléconsultations Généralistes :				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	270 % BR - SS	600 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Consultations/visites et téléconsultations spécialiste				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	195 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	650 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR - SS	170 % BR - SS	250 % BR - SS	550 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	145 % BR - SS	250 % BR - SS	550 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	125 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	125 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Honoraires paramédicaux				
Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmier, orthophoniste, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien.	100 % BR - SS	100 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Autres soins courants				
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments				
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

⁽¹⁾ Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).

⁽²⁾ Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

⁽³⁾ Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », dans la limite d'un nombre de séances défini règlementairement (informations sur le site ameli.fr)

MATÉRIEL MÉDICAL				
Fauteuils roulants/VPH (véhicule pour personne en situation de handicap) : un panier de soins ⁽⁴⁾				
Fauteuils roulants/VPH 100% SANTÉ tels que définis réglementairement				
Fauteuils roulants/VPH en forfait de location courte durée dans la limite des forfaits tels que définis réglementairement ⁽⁴⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé		
Prothèses capillaires et accessoires : quatre classes d'équipements				
Prothèses capillaires et accessoires 100% SANTÉ tels que définis réglementairement				
Prothèses capillaires Classe II et un accessoire textile ⁽⁵⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé		
Autres prothèses capillaires et accessoires				
Prothèses capillaires Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	500 % BR - SS
Prothèses capillaires Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	500 % BR - SS
Prothèses capillaires Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	500 % BR - SS
Accessoires capillaires pris en charge par la Sécurité sociale (dans la limite des PLV) - (exemple : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) ⁽⁶⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	500 % BR - SS
Autre matériel médical				
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale (hors fauteuils roulants/VPH) - exemple : lit médicalisé	175 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	500 % BR - SS
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires	175 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	500 % BR - SS

- ⁽⁴⁾ Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis réglementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % SANTÉ. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale, il n'y a donc pas de prise en charge complémentaire (informations sur le site ameli.fr).
- ⁽⁵⁾ Limité à 1 prise en charge par an et par bénéficiaire. La prescription est renouvelable tous les 12 mois. Chaque prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne automatiquement de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue. Concerne les prothèses délivrées par un distributeur agréé spécialisé dont la liste est disponible sur le site e-cancer.com
- ⁽⁶⁾ Cette garantie s'applique uniquement si vous ne souhaitez pas de prothèse capillaire, dans la limite de 3 accessoires par an et par bénéficiaire. La base de remboursement de la SS est fixée à 20 € et le PLV est à 40 €.

HOSPITALISATION				
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité				
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	195 % BR - SS	220 % BR - SS	400 % BR - SS	700 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	175 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier				
Participation forfaitaire au frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation				
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière, y compris maternité et ambulatoire, en secteur conventionné – s'entend par jour ou nuitée	45 €	60 €	100 % FR limité à 80 €	100 % FR limité à 100 €
Chambre particulière, y compris maternité et ambulatoire, en secteur non conventionné ⁽³⁾ – s'entend par jour ou nuitée	-	-	80 €	100 €
Lit d'accompagnant uniquement en secteur conventionné – s'entend par nuitée	45 €	60 €	100 % FR limité à 80 €	100 % FR limité à 100 €

- ⁽¹⁾ Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).
- ⁽²⁾ Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- ⁽³⁾ S'agissant des établissements et unités spécialisées non conventionnés, la prise en charge est limitée à 30 jours par an en séjour psychiatrique et 180 jours par an pour les autres séjours (soins de suites et réadaptations).

OPTIQUE ⁽¹⁾				
Équipements verres et monture : deux classes d'équipements				
Équipement 100% SANTÉ tels que définis réglementairement				
Verres et monture de CLASSE A			Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	
Autres équipements - forfait pour deux verres et une monture				
Verres et monture de CLASSE B				
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	250 € dont 80 € monture	280 € dont 80 € monture	420 € dont 80 € monture	420 € dont 80 € monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	310 € dont 80 € monture	380 € dont 80 € monture	507 € dont 80 € monture	700 € dont 80 € monture
Forfait monture + verres hyper complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	390 € dont 80 € monture	420 € dont 80 € monture	507 € dont 80 € monture	800 € dont 80 € monture
Autres dispositifs de correction optique				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	85 €	100 €	200 €	250 €
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	85 €	100 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive ⁽⁴⁾	700 €/œil	800 €/œil	900 €/œil	1 000 €/œil

- (1) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.
- (2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de classes ou de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.
- (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
- (4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

DENTAIRE ⁽¹⁾				
Soins et prothèses : trois paniers de soins				
Soins et prothèses 100% SANTÉ				
Panier 100% SANTÉ tels que définis réglementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé		
Soins				
Soins des paniers modéré et libre	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	250 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	300 % BR - SS
Prothèses				
Plafond de remboursement pour les prothèses autres que 100% Santé : pose de prothèses de nature temporaire ou permanente sur 2 dents, par an et par bénéficiaire. Au-delà de ce plafond de 2 dents, la prise en charge est limitée à 125 % de la BR des frais de soins dentaires prothétiques (art. D. 911-1, 2° du Code de la sécurité sociale).				
Prothèses sur dents visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la Sécurité sociale (y compris couronne sur implant)	250 % BR - SS	300 % BR - SS	470 % BR - SS	670 % BR - SS
Prothèses sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la Sécurité sociale (y compris couronne sur implant)	175 % BR - SS	200 % BR - SS	400 % BR - SS	600 % BR - SS
Inlay-core des paniers modéré et libre	150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	300 % BR - SS
Prothèses non prises en charge Sécurité sociale ⁽³⁾⁽⁴⁾	150 €	200 €	400 €	600 €
Autres dispositifs dentaires				
Orthodontie prise en charge Sécurité sociale	250 % BR - SS	300 % BR - SS	350 % BR - SS	450 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge Sécurité sociale ⁽⁵⁾	-	250 % BRR	250 % BRR	350 % BRR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	-	200 €	350 €	350 €
Forfait implantologie ⁽⁴⁾ - racine et pilier implantaire	500 €	500 €	500 €	800 €

- (1) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Équipement panier modéré : les remboursements des soins, prothèses et inlay-cores sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.
- (2) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.
- (3) Concerne uniquement les couronnes et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes), le remboursement s'effectue dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information.
- (4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (5) Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information.

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁾				
Aides auditives : deux classes d'équipement				
Équipement 100 % SANTÉ tel que définis réglementairement				
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé		
Autres équipements				
Équipement de classe II ⁽²⁾ Appareil auditif/oreille	450 €	600 €	1 000 €	1 100 €
Autres dispositifs auditifs				
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

- (1) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (2) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller, Sécurité sociale comprise.

PRESTATIONS ÉLARGIES				
Médecines douces ⁽¹⁾⁽²⁾				
Professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale: ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, tabacologue	30 €/séance 2 séances max	30 €/séance 3 séances max	40 €/séance 6 séances max	60 €/séance 6 séances max
Maternité				
Forfait naissance ou adoption (doublé si naissance gémellaire) non limité à la dépense ⁽³⁾	-	-	10 % PMSS	20 % PMSS
Autres prestations				
Sevrage tabagique ⁽¹⁾	-	-	70 €	100 €
Vaccin antigrippal prescrit et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	100 % FR limité à 15 €	100 % FR limité à 70 €
Pharmacie prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale (y compris contraception, médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques) ⁽¹⁾	-	-	100 €	150 €
Ostéodensitométrie prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	-	-	50 €	100 €

- (1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale, limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé indiqués.
- (3) Versement à l'assuré principal uniquement

BR = Base de Remboursement | **BRR** = Base de Remboursement Reconstituée | **FR** = Frais Réels | **SS** = Sécurité Sociale | **€** : euros | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | « **BR - SS** » : s'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | « **FR - SS** » : s'entend à hauteur des Frais Réels moins le remboursement de la Sécurité Sociale.

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement Sécurité sociale. Le remboursement total (Sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent barème de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions et limites définies dans votre notice d'information. Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.