



MODULE OPTIQUE ADULTES ET ENFANTS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5 ⁽¹⁾	Niveau 6 ⁽¹⁾
Équipements d'optique médicale 100% santé (monture + verres) ⁽³⁾ Y compris honoraires et suppléments éventuels	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels ⁽²⁾
Équipement complet d'optique médicale autres que 100% santé (monture + verres) ⁽³⁾⁽⁴⁾	100% BR	-	-	-	-	-
Verres simples ⁽⁵⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	-	100 € (50€)	200 € (100€)	250 € (100€)	350 € (100€)
Verres complexes ⁽⁵⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	-	200 € (100€)	300 € (100€)	400 € (100€)	550 € (100€)
Verres très complexes ⁽⁵⁾	Forfait par bénéficiaire dont monture maximum	-	250 € (100€)	400 € (100€)	500 € (100€)	650 € (100€)
Honoraires et suppléments éventuels	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles et implants introculaires acceptés	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait lentilles et implants acceptés ou refusés	-	+100 € / an	+125 € / an	+150 € / an	+175 € / an	+200 € / an
Forfait adaptation lentilles enfants	-	-	-	30 € / an	50 € / an	70 € / an
Chirurgie correctrice	Par œil	-	100 € / œil	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil
non prise en charge par le RO ⁽⁶⁾	Bonus fidélité ⁽⁷⁾	+100 € / an	+100 € / an	+100 € / an	+100 € / an	+100 € / an

Les prestations présentées conjuguent le remboursement du Régime Obligatoire et de CNM Prévoyance Santé

BR = Base de Remboursement du Régime Obligatoire

RO = Régime Obligatoire

(1) Délai de carence de 3 mois. Pendant le délai de carence, seuls le ticket modérateur et les équipements d'optique médicale 100% santé sont remboursés.

(2) Tels que définis réglementairement. Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de vente fixés par arrêté pour chaque type de monture et de verre. Si le professionnel de santé dépasse ces prix limites de vente, les montants dépassant les prix limites de vente restent à votre charge.

(3) Un équipement d'optique médicale comprend une monture et 2 verres. Le remboursement est limité à la prise en charge d'un seul équipement par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, 1 an pour les moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, le renouvellement est annuel pour les assurés de 16 ans et plus en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien ; la période d'un an pas n'est également pas opposable pour les jeunes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste. La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale. Les remboursements s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et intègre le ticket modérateur.

(4) Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture 100% santé et des verres ou monture autres que 100% santé sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite des prix limites de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements autres que 100% santé déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements autres que 100% santé comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type 1 + remboursement équipement verres de type 2)/2.

(5) Selon définition de l'Arrêté du 3 décembre 2018. Consultez le règlement mutualiste pour plus de détail.

(6) Les chirurgies oculaires prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues au contrat dans le poste Honoraires au chapitre Hospitalisation.

(7) Les bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme Actiléa Néo quelle que soit la garantie souscrite à l'exception des 4 garanties Hospitalisation Solo. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier. En tout état de cause, le bonus fidélité ne peut avoir pour conséquence d'entraîner un remboursement par la mutuelle supérieur aux plafonds prévus par les articles L871-1 et R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Si l'application d'un bonus fidélité entraîne un remboursement supérieur aux plafonds, le montant remboursé est alors limité aux dits plafonds.