proxigood

Garanties détaillées

(y compris remboursement Sécurité Sociale)

Hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétrique :

	Proxigood Essentiel		Proxigood Plus	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	220% BR	220% BR	500% BR	220% BR
Forfait journalier hospitalier[1]	100% FR limité au tarif réglementé en vigueur			
Forfait patient urgence	100% FR limité au tarif réglementé en vigueur			
Franchises actes lourds	100% FR			
Honoraires dans le cadre du DPTAM				
› Actes de chirurgie (ADC)	330% BR		500% BR	
› Actes d'anesthésie (ADA)	330% BR		500% BR	
› Actes techniques médicaux (ATM)	330% BR		500% BR	
› Actes d'obstétrique (ACO)	330% BR		500% BR	
Honoraires Hors DPTAM :				
› Actes de chirurgie (ADC)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
› Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
› Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
› Actes d'obstétrique (ACO)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière	70 €/ jour[2]		75 €/ jour[2]	
Chambre particulière en maternité	70 € / jour – Maxi 12 jours		75 € / jour – Maxi 12 jours	
Lit d'accompagnement enfant -16 ans	55 €/ jour		75 €/ jour	
Forfait naissance ou adoption	305 €/enfant[3]		381€/enfant[3]	

(1) Forfait Journalier Hospitalier illimité : Exclu en établissements EHPAD et MAS.

(2) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés, en secteur psychiatrique.

(3) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption (forfait par enfant)

Soins courants :

	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
Téléconsultation	Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, numéro de téléphonel sans surcoût depuis la France au 36 33 et un programme de prévention digital My Easy Santé aide l'assuré à préserver et améliorer sa santé au quotidien (voir notice)	
Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM		
› Médecins généralistes	200% BR	400% BR
› Médecins spécialistes	220% BR	400% BR
› Actes de chirurgie (ADC)	220% BR	400% BR
› Actes techniques médicaux (ATM)	220% BR	400% BR
› Actes d'imagerie médicale (ADI)	200% BR	400% BR
› Actes d'échographie (ADE)	200% BR	400% BR
Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM-CO		
› Médecins généralistes	180% BR	200% BR
› Médecins spécialistes	200% BR	
› Actes de chirurgie (ADC)	200% BR	
› Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	
› Actes d'imagerie médicale (ADI)	180% BR	200% BR
› Actes d'échographie (ADE)	180% BR	200% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par le RO (max 8 séances / an)	100% BR	
Honoraires Paramédicaux[4]	200% BR	400% BR
Analyses et examens de biologie médicale pris en charge par le RO	200% BR	400% BR
Médicaments pris en charge par le RO	100% TM	
Matériel médical		
› Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100%BR + 500 € / an / bénéficiaire	
Transport médical pris en charge par le RO	100% BR	

(4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

Optique[5] :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
PANIER 100% SANTE		
Monture de classe A*	**Remboursement intégral**	
Verres de classe A*		
Prestations d'appairage	**Remboursement intégral**	
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	**Remboursement intégral**	
Supplément pour verres avec filtres	**Remboursement intégral**	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	**Remboursement intégral**	
HORS 100% SANTE		
Monture de classe B	**100 €**	
Verre de classe B		
› Verre uni-focal – Simple	**120€ / verre**	**150€ / verre**
› Verre uni-focal – Complexe ou Très complexe	**190€ / verre**	**220€ / verre**
› Verre multifocal – Complexe	**220€ / verre**	**250€ / verre**
› Verre multifocal – Très complexe	**300€ / verre**	**310€ / verre**
Suppléments et prestations optiques	**100% BR**	
AUTRES PRESTATIONS		
Lentilles prises en charge par la SS (y compris jetables)	**100% BR + 200 €/an/bénéficiaire**	**100% BR + 250 €/an/bénéficiaire**
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris jetables)	**200 €/an/bénéficiaire**	**250 €/an/bénéficiaire**
Chirurgie réfractive de l'œil par laser	**1 100€/œil**	**1 100 €/œil**

(5) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

– par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale),
– par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
– par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

****Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)*

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)

Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.

Classification des verres :

Verre unifocal - simple :
– verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
– verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
– verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verre unifocal - complexe ou très complexe :
– verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
– verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
– verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
– verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

Verre multifocal - complexe :
– verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
– verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
– verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

Verre multifocal - très complexe :
– verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
– verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
– verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
– verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Dentaire :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
PANIER 100% SANTE		
Soins et actes prothétiques dentaires 100% Santé	**Remboursement intégral dans la limite des HLF**	
HORS 100% SANTE		
Soins et prothèses dentaires dans le panier RAC maîtrisé		
› Soins dentaires pris en charge par le RO	**150% BR**	**200% BR**
› Inlays / Onlays	**450% BR dans la limite des HLF**	
› Inlays core et inlay à clavette	**450% BR dans la limite des HLF**	**500% BR dans la limite des HLF**
› Autres soins prothétiques et prothèses dentaires prises en charge par le RO	**450% BR dans la limite des HLF**	
Soins et prothèses dentaires dans le panier Libre		
› Soins dentaires pris en charge par le RO	**150% BR**	**200% BR**
› Inlays / Onlays	**450% BR**	
› Inlays core et inlay à clavette	**450% BR**	**500% BR**
› Autres soins prothétiques et prothèses dentaires prises en charge par le RO	**450% BR**	
AUTRES PRESATIONS DENTAIRES		
Orthodontique remboursée par le RO (par semestre)	**400% BR**	
Orthodontique non remboursée par le RO	**400% BRR limité à 4 semestres + 2 semestres contention/bénéficiaire**	**500% BRR limité à 4 semestres + 2 semestres contention/bénéficiaire**
Actes dentaires non remboursés par le RO		
› Prothèses dentaires non remboursées par le RO	**450% BRR**	**500% BRR**
› Parodontologie[6]	**250€/an/bénéficiaire**	**400€/an/bénéficiaire**
› Implantologie non prise en charge par le RO	**1 200€ / implant - Max 3 implants/an**	

(6) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : surfaçage radiculaire, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire, greffe osseuse et assainissement parodontal par détartrage/surfaçage à l'exclusion de tout autre acte.

Aides auditives[7] :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
PANIER 100% SANTE	*Y compris les prestations de la Sécurité Sociale*	
Aides auditives de Classe 1 – Panier 100% Santé	**Remboursement intégral**	
HORS 100% SANTE	*Y compris les prestations de la Sécurité Sociale*	
Aides auditives de Classe 2 – Panier Libre pour les personnes jusqu'à leur 20e anniversaire ou atteintes de cécité	100% BR + 1 100€/oreille (Maxi 1700€/oreille/4 ans y compris SS)	
Aides auditives de Classe 2 – Panier Libre pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	100% BR + 1 300€/oreille (Maxi 1700€/oreille/4 ans y compris SS)	
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	**100% BR**	

(7) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 141 janvier 2019.

Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

Bien être :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
Cures thermales prise en charge par la SS	**100% BR + 305€/an/bénéficiaire**	**100% BR + 381€/an/bénéficiaire**
Médecine douce		
› Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Homéopathe, Diététique, Nutritionnistes, Sophrologue, Psychomotriciens, Pédicures -Podologues, Psychologues[8]	**40 €/séance (maxi 4 /an/bénéficiaire)**	**50 €/séance (maxi 4 /an/bénéficiaire)**
Prévention		
› Sevrage tabagique, vaccins prescrits, vaccins contre la grippe	**100 €/an/bénéficiaire**	
› Moyens de contraception prescrits et non remboursés par le RO	**3% PMSS/an/bénéficiaire**	
› Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par le RO	**39,90 €/an/bénéficiaire**	
› Actes de Prévention (liste fixée par arrêté du 08/06/2006)	**100% BR**	
Assistance	**Incluse**	

(8) Justificatif à adresser : l'original de la facture acquittée ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

Lexique :

FR : Frais Réels
RO : Régime Obligatoire
BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire
BRR : Base de Remboursement Reconstitué du Régime Obligatoire
TM : Ticket Modérateur
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3666€ en 2023)
PLV : Prix Limite de Vente
HLF : Honoraires Limites de Facturation
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés

Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel nous intervenons en complément. Notre remboursement est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Proxigood, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

CONTRAT RESPONSABLE : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. Nous ne remboursons pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge.

Le ticket modérateur est intégralement pris en charge selon les conditions du contrat responsable.

Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans).

Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr .

Exemples de remboursements

Calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document.

Proxigood Essentiel	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Proxigood	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION					
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	520,00 €	271.70 €	248.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (Non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	810,00 €	271.70 €	271.70 €	266.60 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	23,00 €	0,00 €	23.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30,00 €	19.00 €	9.00 €	2.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	37,00 €	23.90 €	11.10 €	2.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	54,00 €	23.90 €	28.10 €	2.00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	67,00 €	14.10 €	29.90 €	23.00 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère [-4,00 à -6,00] - codes 2201814 & 2238823 - (équipement 100% santé)	125,00 €	22.50 €	102.50 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	339,91 €	5.00 €	Prix moyen national de l'acte
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres complexes multifocaux – Dans le Réseau	540,00 €	0.09 €	539,91 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	17.35 €	11.57 €	0.00 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur molaire éligible au Panier 100% Santé	453,20 €	72.00 €	381,20 €	0.00 €	Honoraires limites de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	566,50 €	72.00 €	468,00 €	26,50 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur dent visible en Tarifs libres	650,00 €	72.00 €	468,00 €	110,00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans	950,00 €	240.00 €	710,00 €	0.00 €	Prix limite de vente
Aide auditive de classe 2 par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans)	1476,00 €	240.00 €	1 236,00 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2023 soit 3666€

Exemples de remboursements

Calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document.

Proxigood Plus	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Proxigood	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION					
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	520,00 €	271.70 €	248.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (Non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	810,00 €	271.70 €	271.70 €	266.60 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	23,00 €	0,00 €	23.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30,00 €	19.00 €	9.00 €	2.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	37,00 €	23.90 €	11.10 €	2.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	54,00 €	23.90 €	28.10 €	2.00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	67,00 €	14.10 €	29.90 €	23.00 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère [-4,00 à -6,00] - codes 2201814 & 2238823 - (équipement 100% santé)	125,00 €	22.50 €	102.50 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	344,91 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres complexes multifocaux – Dans le Réseau	540,00 €	0.09 €	539,91 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	17.35 €	11.57 €	0.00 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur molaire éligible au Panier 100% Santé	453,20 €	72.00 €	381,20 €	0.00 €	Honoraires limites de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	566,50 €	72.00 €	468,00 €	26,50 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur dent visible en Tarifs libres	650,00 €	72.00 €	468,00 €	110,00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans	950,00 €	240.00 €	710,00 €	0.00 €	Prix limite de vente
Aide auditive de classe 2 par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans)	1476,00 €	240.00 €	1 236,00 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2023 soit 3666€