

NEGOCE ET SERVICE MEDICO TECHNIQUE

AVENANT N°1 du 10 mars 2022

**Relatif au régime complémentaire
de prévoyance**

25 SEPTEMBRE 2020

**AVENANT N° 1 DU 10 Mars 2022 À L'ACCORD DE BRANCHE RELATIF AU REGIME
COMPLEMENTAIRE DE PREVOYANCE DU 25 SEPTEMBRE 2020**

Entre les soussignées :

Les organisations professionnelles d'employeurs :

- La Fédération des PSAD (FEDEPSAD)
- L'Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux (UNPDM)
- L'Union Nationale des Prestataires de Santé A Domicile Indépendants (UPSADI)

D'une part,

Et

Les organisations représentatives de salariés :

- La Fédération des services CFDT
- La Fédération Santé et Sociaux CFTC
- La Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce & Services CFE-CGC
- L'Union Nationale des Syndicats Autonomes UNSA
- La Fédération Nationale des Industries Chimiques CGT

D'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

PREAMBULE

Le présent avenant a pour objet de faire évoluer l'accord du 25 septembre 2020 relatif au régime de prévoyance quant à :

- la définition des catégories objectives au regard du Décret n° 2021 1002 du 30/07/2021
- les modalités relatives au maintien des garanties de protection sociale complémentaire (PSC) en cas de suspension du contrat de travail dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire suite à l'Instruction interministérielle n°DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021.

Le présent avenant N°1 à l'accord de Branche relatif au régime complémentaire de prévoyance du 25 Septembre 2020, est établi au regard de la législation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion.

Article 1 – Catégories objectives

Pour prendre en compte le Décret n° 2021 1002 du 30/07/2021, les modifications suivantes sont apportées aux dispositions de l'accord du 25 mars 2020 relatif au régime complémentaire de prévoyance :

A / L'article 2 « Bénéficiaires du régime complémentaire de prévoyance » est remplacé par les dispositions ci-dessous :

Article 2 « Bénéficiaires du régime complémentaire de prévoyance »

Bénéficiaire à titre obligatoire, des garanties définies par le présent accord, et ce, dès leur date d'embauche :

- ✦ *les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17/11/17*
- ✦ *les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17/11/17*

B/ L'Article 3.1 « Définition des garanties » est remplacé par les dispositions ci-dessous :

Article 3.1 Définition des garanties

Les salariés bénéficient à minima du niveau de garanties prévu par le présent accord.

Les niveaux d'indemnisation définis dans le tableau ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et sont exprimées en pourcentage du salaire de référence tel que défini à l'article 7.2 ci-après.

Capital décès toutes causes	
<i>Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant</i>	<i>80 % du salaire de référence</i>
<i>Marié, pacsé, concubin, sans enfant</i>	<i>230 % du salaire de référence</i>
<i>Tout salarié avec un enfant</i>	<i>280 % du salaire de référence</i>
<i>Majoration pour enfant à charge supplémentaire</i>	<i>50 % du salaire de référence</i>
Accessoires décès	
<i>Versement par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (1)</i>	<i>100 % du capital décès toutes causes</i>
Double effet	<i>100 % du capital décès toutes causes</i>

<p><i>Capital supplémentaire versé aux enfants à charge :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas de décès simultanément à celui du salarié, de son conjoint, partenaire lié par un Pacs ou concubin ; - en cas de survenance du décès du deuxième parent postérieurement à celui du salarié. 	
<p>Frais d'obsèques du salarié, de son conjoint, partenaire de Pacs, concubin, ou d'un enfant à charge.</p> <p>Le montant est limité aux frais réels en cas de décès d'un enfant à charge de moins de 18 ans.</p>	150 % PMSS
Rente viagère de conjoint, partenaire de Pacs ou concubin survivant tels que définis à l'article 3.2	
Montant	5 % du salaire de référence
Rente éducation versée à chaque enfant à charge tel que défini à l'article 3.2, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	
Jusqu'à 9 ans	6 % du salaire de référence
De 9 à 18 ans	9 % du salaire de référence
De 18 à 26 ans (si études ou assimilés)	12 % du salaire de référence
Enfant orphelin des deux parents	Doublement de la rente
Enfant handicapé	Rente viagère
Incapacité temporaire de travail (y compris accident du travail et maladie professionnelle)	
Franchise	<ul style="list-style-type: none"> - Salariés ayant au moins un an d'ancienneté : indemnisation en complément et relais des obligations de maintien de salaire conventionnel - Salarié de moins de 1 an d'ancienneté : indemnisation à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu
Montant	75 % du salaire de référence
	Sous déduction des prestations de Sécurité sociale, reconstituées de manière théorique si le salarié ne remplit pas les conditions d'ouverture de droits à IJSS en termes d'heures de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas) et le cas

	<i>échéant du maintien de salaire à charge de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles. (2)</i>
Invalidité et incapacité permanente professionnelle	
<i>1^{ère} catégorie ou taux d'incapacité permanente de 33 % à 65 % reconnus par la Sécurité sociale</i>	<i>45 % du salaire de référence net, sous déduction des prestations de Sécurité sociale (2)</i>
<i>2^{ème} et 3^{ème} catégorie ou taux d'incapacité permanente supérieur à 65 %, avec ou sans allocation pour tierce personne reconnus par la Sécurité sociale</i>	<i>75 % du salaire de référence net, sous déduction des prestations de Sécurité sociale (2)</i>
<p><i>(1) Salarié considéré comme définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain et profit et ne pouvant réaliser seul les actes de la vie courante, sous réserve que la sécurité sociale ait notifié un classement en invalidité de 3^e catégorie ou un taux d'incapacité permanente professionnelle de 100 % avec majoration pour tierce personne</i></p> <p><i>(2) Les prestations versées par l'assureur ne peuvent, en s'ajoutant à tout autre revenu (sécurité sociale, activité à temps partiel autre organismes de prévoyance collective, régime d'assurance chômage) permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler.</i></p>	

C/ L'article 7-2 « Assiette de calcul des cotisations et des prestations » est remplacé par les dispositions ci-dessous

Article 7-2 Assiette de calcul des cotisations et des prestations

Les cotisations et les prestations sont fixées en pourcentage du salaire de référence, défini comme le salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale, y compris primes, gratifications et rappels de salaire dus au titre des 12 mois civils précédant l'événement.

Le salaire de référence est limité à :

- *la tranche 2 pour les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17/11/17*
- *la tranche 1 pour les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI Prévoyance du 17/11/17*
- *On entend par :*
- *Tranche 1 (équivalent à l'ancienne Tranche A) : partie du salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale ;*
- *Tranche 2 limitée à 4 plafonds annuels de la Sécurité sociale (équivalent à l'ancienne Tranche B) : partie du salaire comprise entre le plafond de la Sécurité sociale et quatre fois son montant.*

Article 2 / Suspension du contrat de travail indemnisée

Pour prendre en compte, les dispositions de l'Instruction interministérielle n°DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021, l'article 6-2 « **Suspension du contrat de travail indemnisée** » de l'accord du 25 mars 2020 est remplacé par les dispositions ci-dessous :

Article 6-2 « Suspension du contrat de travail indemnisée »

Le bénéfice des garanties est en revanche maintenu, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- *soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire,*
- *soit d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalière ou pension d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur, qu'elle soit versée directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers*
- *soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).*
- *Des prestations en espèce de la Sécurité sociale*

Dans ce cas, l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes (salariales et patronales) pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Pour les salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur (indemnités d'activité partielle, allocation de reclassement, allocation versée dans le cadre du congé de mobilité, etc.) et bénéficiaires, à ce titre, d'un maintien des garanties défini au présent article, le salaire servant de base au calcul des cotisations et des prestations est également constitué de ce revenu de remplacement versé par l'employeur, durant la période de maintien des garanties. Ce revenu de remplacement s'entend brut de cotisations et contributions de Sécurité sociale.

Article 4 – Dispositions spécifiques aux entreprises de – de 50 salariés

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective du Négoce des Prestations de Service dans le Domaine Médico Technique, quel que soit leur effectif.

Dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesures spécifiques pour les entreprises de – 50 salariés.

Article 3 - Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux règles prévues par le Code du travail.

Article 5 - Entrée en vigueur de l'accord

Le présent accord entre en vigueur au 1er janvier 2022.

Article 6 - Notification – Dépôt – Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives, et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et, à défaut d'opposition, il sera procédé, dans les meilleurs délais aux formalités légales, en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Fait à Paris en 12 exemplaires originaux le 10 Mars 2022

ORGANISATIONS D'EMPLOYEURS	ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES DE SALARIÉS
Pour la FEDEPSAD représentée par <i>Alexandra DUVAUCHELLE</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>	Pour la Fédération des Services CFDT représentée par <i>Brigitte GOHIER</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>
Pour l'UNPDM représentée par <i>Fabrice CAMAIONI</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>	Pour la Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce et des Services CFE/CGC représentée par <i>Didier BOURDON</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>
Pour l'UPSADI représentée par <i>Didier DAOULAS</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>	Pour l'UNSA représentée par <i>Philippe CURAUDEAU</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>
	Pour la Fédération CFTC Santé et Sociaux représentée par <i>Norbert BOUHADANA</i> <small>✓ Certified by  yousign</small>
	Pour la Fédération Nationale des Industries Chimiques CGT représentée par

Annexe 1 : Tableaux de cotisations et de garanties

1/ Taux de cotisation prévoyance des salariés non cadres

Taux de cotisations contractuels prévoyance

Les taux de cotisations prévoyance pour les salariés non cadres sont les suivants :

Non cadre	Taux contractuels
	T1
Décès en capital	0,29%
Décès en rente : conjoint	0,22%
Décès en rente : éducation	0,19%
Incapacité	0,43%
Invalidité	0,54%
Passif (revalorisation des rentes)	0,02%
Total	1,69%

Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022, un taux d'appel est appliqué et les taux seront appelés comme suit :

Non cadre	Taux appelés
	T1
Décès en capital	0,23%
Décès en rente : conjoint	0,18%
Décès en rente : éducation	0,15%
Incapacité	0,34%
Invalidité	0,43%
Passif (revalorisation des rentes)	0,02%
Total	1,35%

Taux de cotisation salariés cadres

Les taux de cotisations prévoyance pour les salariés cadres sont les suivants :

Cadre	Taux contractuels	
	T1	T2 (*)
Décès en capital	0,50%	0,50%
Décès en rente : conjoint	0,24%	0,24%
Décès en rente : éducation	0,17%	0,17%
Incapacité	0,67%	0,67%
Invalidité	0,75%	0,75%
Passif (revalorisation des rentes)	0,02%	0,02%
Total	2,35%	2,35%

(*) La T2 est limitée à 4 PASS

Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022, un taux d'appel est appliqué et les taux seront appelés comme suit :

Cadre	Taux appelés	
	T1	T2 (*)
Décès en capital	0,50%	0,50%
Décès en rente : conjoint	0,19%	0,19%
Décès en rente : éducation	0,14%	0,14%
Incapacité	0,67%	0,67%
Invalidité	0,75%	0,75%
Passif (revalorisation des rentes)	0,02%	0,02%
Total	2,27%	2,27%

(*) La T2 est limitée à 4 PASS

3/ Taux de cotisations santé ensemble du personnel

a) Tarif des actifs

Base obligatoire, option facultative :

	Régime Général		Régime Alsace-Moselle	
	Base obligatoire	Option facultative	Base obligatoire	Option facultative
Salarié seul en obligatoire	1,36%	+ 0,45%	0,95%	+ 0,45%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 1,45%	+ 0,45%	+ 1,02%	+ 0,45%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 0,74%	+ 0,20%	+ 0,53%	+ 0,20%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

Base obligatoire, option obligatoire :

	Régime Général		Régime Alsace-Moselle	
	Base + option obligatoire		Base + option obligatoire	
Salarié seul en obligatoire	1,75%		1,23%	
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 1,87%		+ 1,32%	
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 0,96%		+ 0,67%	

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

b) Tarif des anciens salariés

Les anciens salariés percevant un revenu de remplacement (allocations chômage, rentes d'invalidité, retraite) peuvent conserver leur régime frais de santé obligatoire aux conditions ci-après :

Année	Taux
N	100% de la cotisation des actifs
N+1	125% de la cotisation des actifs
N+2	150% de la cotisation des actifs
N+3 et plus	Taux définis selon les résultats
Conjoint (% du salarié)	150 % de la cotisation des actifs
Enfant (% du salarié)	80% de la cotisation des actifs

Pour l'année 2020, les tarifs des anciens salariés basés sur le taux d'appel sont les suivants :

TAUX DE COTISATION ANCIENS SALARIES : Année N

Complémentaire collective - Base obligatoire, Option facultative

	Régime Général		Régime Alsace-Moselle	
	Base obligatoire	Option facultative	Base obligatoire	Option facultative
Salarié seul en obligatoire	1,36%	+ 0,45%	0,95%	+ 0,45%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 2,04%	+ 0,68%	+ 1,43%	+ 0,68%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 1,09%	+ 0,36%	+ 0,76%	+ 0,36%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

Complémentaire collective - Base + Option obligatoires

	Régime Général Base + option obligatoire	Régime Alsace-Moselle Base + option obligatoire
Salarié seul en obligatoire	1,75%	1,23%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 2,63%	+ 1,85%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 1,40%	+ 0,98%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

TAUX DE COTISATION ANCIENS SALARIES : Année N+1

Complémentaire collective - Base obligatoire, Option facultative

	Régime Général		Régime Alsace-Moselle	
	Base obligatoire	Option facultative	Base obligatoire	Option facultative
Salarié seul en obligatoire	1,70%	+ 0,56%	1,19%	+ 0,56%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 2,04%	+ 0,68%	+ 1,43%	+ 0,68%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 1,09%	+ 0,36%	+ 0,76%	+ 0,36%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

Complémentaire collective - Base + Option obligatoires

	Régime Général Base + option obligatoire	Régime Alsace-Moselle Base + option obligatoire
Salarié seul en obligatoire	2,19%	1,54%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 2,63%	+ 1,85%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 1,40%	+ 0,98%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

TAUX DE COTISATION ANCIENS SALARIES : Année N+2

Complémentaire collective - Base obligatoire, Option facultative

	Régime Général		Régime Alsace-Moselle	
	Base obligatoire	Option facultative	Base obligatoire	Option facultative
Salarié seul en obligatoire	2,04%	+ 0,68%	1,43%	+ 0,68%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 2,04%	+ 0,68%	+ 1,43%	+ 0,68%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 1,09%	+ 0,36%	+ 0,76%	+ 0,36%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

Complémentaire collective - Base + Option obligatoires

	Régime Général Base + option obligatoire	Régime Alsace-Moselle Base + option obligatoire
Salarié seul en obligatoire	2,63%	1,85%
Affiliation facultative du conjoint, pacsé, concubin	+ 2,63%	+ 1,85%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+ 1,40%	+ 0,98%

*Gratuité de la cotisation à partir du 3e enfant

4/ Tableau des garanties prévoyance applicable à la date d'effet de la convention de partenariat

Capital décès toutes causes	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant	80 % du salaire de référence (2)
Marié, pacsé, concubin, sans enfant	230 % du salaire de référence (2)
Tout salarié avec un enfant	280 % du salaire de référence (2)
Majoration pour enfant à charge supplémentaire	50 % du salaire de référence (2)
Accessoires décès	
Versement par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (1)	100 % du capital décès toutes causes
<p>Double effet</p> <p>Capital supplémentaire versé aux enfants à charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas de décès simultanément à celui du salarié, de son conjoint, partenaire lié par un Pacs ou concubin ; - en cas de survenance du décès du deuxième parent postérieurement à celui du salarié. 	100 % du capital décès toutes causes
<p>Frais d'obsèques du salarié, de son conjoint, partenaire de Pacs, concubin ou d'un enfant à charge</p> <p>Le montant est limité aux frais réels en cas de décès d'un enfant à charge de moins de 18 ans.</p>	150 % PMSS
Rente viagère de conjoint, partenaire de Pacs ou concubin survivant	

Montant	5 % du salaire de référence (2)
Rente éducation versée à chaque enfant à charge, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	
Jusqu'à 9 ans	6 % du salaire de référence (2)
De 9 à 18 ans	9 % du salaire de référence (2)
De 18 à 26 ans (si études ou assimilés)	12 % du salaire de référence (2)
Enfant orphelin des deux parents	Doublement de la rente
Enfant handicapé	Rente viagère
Incapacité temporaire de travail (y compris accident du travail et maladie professionnelle)	
Franchise	<ul style="list-style-type: none"> - Salariés ayant au moins un an d'ancienneté : indemnisation en complément et relais des obligations de maintien de salaire conventionnel - Salariés de moins de 1 an d'ancienneté : indemnisation à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continus
Montant	<p style="text-align: center;">75 % du salaire de référence</p> <p>Sous déduction des prestations de Sécurité sociale, reconstituées de manière théorique si le salarié ne remplit pas les conditions d'ouverture de droits à IJSS en termes d'heures de cotisations ou d'heures travaillées selon le cas) et le cas échéant du maintien de salaire à charge de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles. (3)</p>
Invalidité et incapacité permanente professionnelle	
1 ^{ère} catégorie ou taux d'incapacité permanente de 33 % à 65 % reconnus par la Sécurité sociale	45 % du salaire de référence net , sous déduction des prestations de Sécurité sociale
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie ou taux d'incapacité permanente supérieur à 65 %, avec ou sans allocation pour tierce personne reconnus par la Sécurité sociale	75 % du salaire de référence net , sous déduction des prestations de Sécurité sociale
<p>(1) Salarié considéré comme définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain et profit et ne pouvant réaliser seul les actes de la vie courante, sous réserve que la sécurité sociale ait notifié un classement en invalidité de 3^e catégorie ou un taux d'incapacité permanente professionnelle de 100 % avec majoration pour tierce personne</p>	

(2) Le salaire de référence est le salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale, y compris primes, gratifications et rappel de salaire au titre des 12 mois civils précédent l'évènement.

(3) Par ailleurs, les prestations versées par l'assureur ne peuvent, en s'ajoutant à tout autre revenu (sécurité sociale, activité à temps partiel autre organismes de prévoyance collective, régime d'assurance chômage) permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler.

Tableau des garanties santé applicable à la date d'effet de la convention de partenariat REGIME SOCLE

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		150 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		130 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		80 € par jour	
Frais d'accompagnement :			
Personne accompagnante du bénéficiaire du contrat (sur présentation d'un justificatif)		32 € par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► remboursés SS			
Généralistes	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR	
(Consultations et visites)		125 % BR	

Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 125 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 125 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 125 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		150 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments :		
▶ remboursés SS		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) :		
▶ remboursée SS		100 % BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		200 % BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives de Classe I	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	
Equipements libres (***) :		
Aides auditives de classe II	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	120 % BR (**)
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	200 % BR (**)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)		100 % BR

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	250 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	250 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	250 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	250 % BR	
Inlay core	250 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	250 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Néant	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verre simple de classe B (quel que soit l'âge) (**)	78 €	
Verre complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	127 €	
Verre très complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	168 €	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées ou non par la SS	Crédit de 159 € par année civile (au minimum 100 % BR)	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 254 € pour les deux yeux par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement

d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	TYPE DE VERRE
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	SIMPLE
		SPH < à -6 ou > à + 6	COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	SIMPLE
		SPH > 0 et S ≤ + 6	SIMPLE
		SPH > 0 et S > + 6	COMPLEXE
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	COMPLEXE
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	COMPLEXE
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	COMPLEXE
		SPH < à -4 ou > à + 4	TRES COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	COMPLEXE
		SPH > 0 et S ≤ + 8	COMPLEXE
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	TRES COMPLEXE
		SPH > 0 et S > + 8	TRES COMPLEXE
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	TRES COMPLEXE

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Actes hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, sevrage tabagique, moyens contraceptifs et vaccins prescrits mais non remboursés SS (par personne)	100 % FR limité à 60 € par année civile
Autres actes	
Forfait maternité / adoption	317 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR
Garantie Assistance	
Assistance (*)	OUI

(*) Les conditions d'application de la Garantie Assistance sont définies en Annexe III pour chaque organisme assureur.

Forfait maternité / adoption :

L'organisme assureur verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Forfait actes lourds :

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

REGIME SURCOMPLEMENTAIRE

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime dit « Régime Socle », dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les prestations prévues dans le cadre du présent contrat sont versées sous déduction de celles servies par la Sécurité sociale et au titre du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé dit « Régime Socle ».

ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
 CCAM : Classification commune des actes médicaux
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
 € : Euro
 FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
 HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour	300 % BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)		200 % BR
Actes techniques médicaux (ATM)		
Autres honoraires		
Chambre particulière	80 € par jour	
Frais d'accompagnement :		
Personne accompagnante du bénéficiaire du contrat (sur présentation d'un justificatif)	32 € par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 150 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 150 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 150 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		150 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments :		
► remboursés SS		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		100 % BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		200 % BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives de Classe I	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	
Equipements libres (***) :		
Aides auditives de classe II	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	120 % BR (**)
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	425 % BR (**)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)		100 % BR

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives de Classe I	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	
Equipements libres (***) :		
Aides auditives de classe II	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	120 % BR (**)
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	425 % BR (**)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)		100 % BR

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	350 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	350 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	350 % BR	
Inlay core	350 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	350 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 508 € par année civile	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verre simple de classe B (quel que soit l'âge) (**)	110 €	
Verre complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	189 €	
Verre très complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	268 €	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées ou non par la SS	Crédit de 222 € par année civile (au minimum 100 % BR)	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Forfait de 381 € pour les deux yeux par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier

remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	TYPE DE VERRE
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	SIMPLE
		SPH < à -6 ou > à + 6	COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	SIMPLE
		SPH > 0 et S ≤ + 6	SIMPLE
		SPH > 0 et S > + 6	COMPLEXE
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	COMPLEXE
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	COMPLEXE
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	COMPLEXE
		SPH < à -4 ou > à + 4	TRES COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	COMPLEXE
		SPH > 0 et S ≤ + 8	COMPLEXE
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	TRES COMPLEXE
		SPH > 0 et S > + 8	TRES COMPLEXE
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	TRES COMPLEXE

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Actes hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, sevrage tabagique, moyens contraceptifs et vaccins prescrits mais non remboursés SS (par personne)	100 % FR limité à 120 € par année civile
Autres actes	
Forfait maternité / adoption	476 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	317 € (y compris 100 % BR prévu au régime socle)
Garantie Assistance	
Assistance (*)	OUI

(*) Les conditions d'application de la Garantie Assistance sont définies en Annexe III pour chaque organisme assureur.

Forfait maternité / adoption :

L'organisme assureur verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Forfait actes lourds :

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.