Avenant n°2 du 25/09/2019

ACCORD DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE POUR LES SALARIES NON-
CADRES EN TISSAGE DE SOIERIE

Entre

Organisation patronale :

L'UNITEX Auvergne Rhône- Alpes, représenté par Monsieur Pierric CHALVIN en qualité de Délégué Général d'UNITEX,

d'une part,

Et

Syndicats de salariés :

- La Fédération et l'Union régionale CGT Textile, Habillement, Cuir et Peaux blanchisserie, représentées par Monsieur Patrice HOUZIAUX,
- La Fédération Commerce et Services CFDT Pôle HACUITEX, représentée par Monsieur André GIRON,
- Le Syndicat FO Tissage, Bonneterie, Soierie, représenté par Monsieur Christophe ROHART,
- L'Union régionale CFTC du Textile, Cuir et Habillement représentée par
- La Fédération Chimie CFE CGC, représentée par Monsieur Daniel BOREL

d'autre part,

Objet

Cet avenant n°2 a l'accord du 23 novembre 2015 a pour but de :

- rappeler l'obligation pour les entreprises de proposer une couverture complémentaire santé à ses salariés en relation
- de mettre à jour l'annexe des tableaux de garanties des régimes conventionnels de frais de santé conformément aux nouvelles dispositions du contrat responsable et notamment la réforme dite « 100% santé » dans le respect du calendrier défini par ces textes.

Les régimes conventionnels sont mis en œuvre conformément aux prescriptions de l'article L.242-1 alinéas 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, et également conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du même code.

OF
1 AP
H
P
S

C'est dans ce contexte que les parties signataires se sont accordées sur les points suivants.

Article 1 rappel sur l'obligation pour l'entreprise en matière de couverture complémentaire de frais de santé

L'alinéa 2 de l'article 3 de l'accord du 23 novembre 2015 est remplacé par les dispositions suivantes :

Dans le cadre du présent accord et dans l'attente des dispositions réglementaires relatives aux catégories objectives, le terme « non cadre » correspond aux salariés ne relevant pas des article 4 et 4 bis de la convention nationale AGIRC du 14 mars 1947 et conformément aux stipulations de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017.

Il est toutefois rappelé aux entreprises l'obligation de proposer une couverture de frais de santé à l'ensemble des salariés, dans le cadre de la généralisation de la couverture santé et conformément aux dispositions de l'article L911 et D911 du Code de la Sécurité sociale.

Article 2 Mise à jour des tableaux de garanties du régime conventionnel de frais de santé

Les tableaux de garanties des annexes A3 (garanties minimales frais de santé) et A3 bis (garanties optionnelles frais de santé) sont remplacés par les tableaux de garanties ci-joints à effet du 1^{er} janvier 2020, afin que les garanties du régime soient en conformité avec les dispositions relatives au nouveau cahier des charges du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale) et notamment la réforme dite « 100% Santé ».

Article 3 : Motivation liée à l'absence de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

L'objet du présent avenant relatif au régime frais de santé recommandé justifie qu'il s'applique de manière identique à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective, que leur effectif soit inférieur, égal ou supérieur à 50 salariés.

Article 4 : Prise d'effet

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2020 et reste rattaché à l'accord du 23 novembre 2015.

Article 5 - Dépôt et extension de l'avenant

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

Un exemplaire du présent avenant sera adressé à chaque organisation syndicale salariale par lettre recommandée avec accusé de réception.

OF
2 HP
A
P

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt et ce, conformément aux dispositions de l'article D.2231-3 du Code du travail, auprès des services centraux du Ministère chargé du travail, et son extension en sera sollicitée, par courrier distinct.

Le présent avenant sera également déposé auprès du Secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de LYON.

Fait à Lyon, le 25/09/2019
en 6 exemplaires originaux

Pour UNITEX Auvergne Rhône-Alpes
Représenté par Monsieur Pierric CHALVIN

Pour la Fédération et l'Union régionale CGT Textile, Habillement, cuir et Blanchisserie
Représenté par Monsieur Patrice HOUZIAUX

Pour la Fédération Commerce et Services CFDT Pôle HACUITEX, Représenté par
Monsieur André GIRON

Pour le Syndicat FO Tissage, Bonneterie, Soierie,
Représenté par Monsieur Christophe ROHART

Pour l'Union régionale CFTC du Textile, Cuir et Habillement,
Représenté par

Pour la Fédération CFTC - CITE
Olasco France

Pour la Fédération Chimie CFE -CGC
Représenté par Monsieur Daniel BOREL

Garanties minimales frais de santé

Régime conventionnel obligatoire (page 1/2)

En vigueur au 1^{er} janvier 2020

Ces prestations s'ajoutent et sont en complément de l'intervention de la Sécurité sociale, sauf mention contraire

		BASE conventionnelle
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	Frais de séjour hospitaliers	En établissement conventionné En établissement non conventionné
	Frais de séjour en maison de repos	Par jour
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné
	Forfait journalier hospitalier (2)	
	Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Participation forfaitaire	
	Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Chambre particulière (3)	
	Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Lit d'accompagnant (3)	Par nuitée Par journée (hospitalisation en ambulatoire)
Non remboursé par la Sécurité sociale		
Allocation maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 5 ans)	Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée Bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 70 ans - par nuitée	
Limitée au reste à charge		
	1er ou 2ème enfant À partir du 3ème enfant	
DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale
	Implantologie	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - 2 implants, par an et par bénéficiaire
	Orthodontie	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale) : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Les listes des options de la liste A et de la liste B sont celles définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

Handwritten signatures and initials: "OF", "HP", "10", "4", and a large stylized signature.

Garanties minimales frais de santé

Régime conventionnel obligatoire (page 2/2)

En vigueur au 1^{er} janvier 2020

Ces prestations s'ajoutent et sont en complément de l'intervention de la Sécurité sociale, sauf mention contraire

		BASE conventionnelle
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
OPTIQUE EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue	Équipement 100 % Santé** (classe A) y compris examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	
	par verre simple****	1,75% PMSS
	par verre complexe*****	1,75% PMSS
	par verre très complexe*****	1,75% PMSS
	par monture de lunettes*****	100 €
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien		TM
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (4) - par unité		1,5% PMSS
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (4)		
Chirurgie optique réfractive	Par œil, par an et par bénéficiaire	
AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Par an et par bénéficiaire
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans
	Équipement 100 % Santé** (classe I****)	
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Accessoires et fournitures	Par bénéficiaire	
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux	
	Consultation / visite / consultation en ligne	
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Honoraires paramédicaux	
	Analyses et examens de laboratoire	
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (5)
	Cures thermales	Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire
	Médicaments	
		Médicaments remboursés à 65%
		Médicaments remboursés à 30%
	Médicaments remboursés à 15%	
Médecine additionnelle et de prévention	Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	
Non remboursée par la Sécurité sociale		
Actes de prévention du contrat responsable		

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale) : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Les listes des options de la liste A et de la liste B sont celles définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

Handwritten notes and signatures:

OF HP 5

Handwritten signature: *[Signature]*

Garanties optionnelles frais de santé (1/2)

En vigueur au 1^{er} janvier 2020

Ces prestations s'ajoutent et sont en complément de l'intervention de la Sécurité sociale, sauf mention contraire

		BASE conventionnelle + Surcomplémentaire 1	
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	Frais de séjour hospitaliers		
		En établissement conventionné	100% DE
		En établissement non conventionné	90% DE limité à 100% BR (minimum TM)
	Frais de séjour en maison de repos	Par jour	1% PMSS
	Honoraires		
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	90% DE limité à 100% BR (minimum TM)
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE
Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale			
	Par nuitée	1% PMSS	
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	1% PMSS	
Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale			
	Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée	0,5% PMSS	
	Bénéficiaire dont l'âge est z à 70 ans - par nuitée	0,5% PMSS	
Allocation maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 5 ans) Limitée au reste à charge			
	1er ou 2ème enfant	10% PMSS	
	À partir du 3ème enfant	13% PMSS	
DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**		
		À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (6)
	Soins		
		Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	70% BR
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €
	Prothèses autres que 100 % Santé		
		Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	350% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	350% BRR
	Implantologie	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - 2 implants, par an et par bénéficiaire	5% PMSS
	Orthodontie		
	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BR	
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	150% BRR	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale) : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Les listes des options de la liste A et de la liste B sont celles définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

OF
HA
6
P

Garanties optionnelles frais de santé (2/2)

En vigueur au 1^{er} janvier 2020

Ces prestations s'ajoutent et sont en complément de l'intervention de la Sécurité sociale, sauf mention contraire

		BASE conventionnelle + Surcomplémentaire 1
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
OPTIQUE EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue	Équipement 100 % Santé** (classe A) y compris examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	par verre simple***** 4% PMSS par verre complexe***** 4% PMSS par verre très complexe***** 4% PMSS par monture de lunettes***** 100 €
	Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	TM
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (4) - par unité 3% PMSS (limité à 2 unités) Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (4) 100 €
	Chirurgie optique réfractive	Par œil, par an et par bénéficiaire 3% PMSS
AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Par an et par bénéficiaire 35% BR + 10% PMSS
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans
	Équipement 100 % Santé** (classe I****) Équipement autre que 100 % Santé (classe II****) Accessoires et fournitures	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Par bénéficiaire
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux	
	Consultation / visite / consultation en ligne	
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 100% BR Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 80% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 100% BR Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 80% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 50% BR Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 30% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 50% BR Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* TM
	Honoraires paramédicaux	TM
	Analyses et examens de laboratoire	TM
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique 90% DE limité à 100% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (5) TM
	Cures thermales	Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire 10% PMSS
	Médicaments	Médicaments remboursés à 65% TM Médicaments remboursés à 30% TM Médicaments remboursés à 15% TM Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale TM
	Médecine additionnelle et de prévention	
	Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an 40 €
	Non remboursée par la Sécurité sociale	
Actes de prévention du contrat responsable	TM	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale) : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Les listes des options de la liste A et de la liste B sont celles définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec

(4) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies réglementairement dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans le cadre du contrat responsable (articles L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale).

OF HP 9
 AB 7 P