

Brochure n° 3381 | Convention collective nationale

IDCC : 2941 | **AIDE, ACCOMPAGNEMENT, SOINS ET SERVICES  
À DOMICILE  
(BAD)**

**Avenant n° 60/2023 du 7 juillet 2023**  
relatif au régime de complémentaire santé

NOR : ASET2350952M

IDCC : 2941

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**FNAAFP CSF ;**

**UNADMR ;**

**USB ;**

**UNA ;**

**ADEDOM,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FSS CFDT ;**

**FNAS FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Par le présent avenant, les partenaires sociaux de la branche entendent apporter des modifications au régime complémentaire santé, afin de l'optimiser et le pérenniser.

En effet, compte tenu des informations communiquées par les organismes assureurs sur le niveau de mutualisation et les résultats du régime sur l'exercice 2022 et en responsabilité, les partenaires sociaux ont étudié différents scénarios d'évolution des garanties et des cotisations dans le cadre de travaux menés au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2023 afin de :

- permettre aux salariés de la branche l'accès à des garanties de protection complémentaire frais de santé améliorées ;
- favoriser la mutualisation du régime de complémentaire santé au niveau de la branche en permettant aux employeurs de mettre en place un contrat de garantie collective, sans considération de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés.

Ces travaux font également apparaître la nécessité d'adapter le protocole technique et financier du régime, qui définit notamment les modalités d'établissement des comptes de résultats.

Au terme de ces travaux et soucieux de préserver l'équilibre du régime dans la durée, les partenaires sociaux de la branche conviennent des dispositions suivantes venant modifier le chapitre 2 « Complémentaire santé » du titre VII « Garanties sociales » de la convention collective :

## **Article 1<sup>er</sup> | Affiliation des salariés**

Les articles 17.1, 17.2 et 18 du chapitre 2 « Complémentaire santé » sont remplacés respectivement par les dispositions suivantes :

### **« Article 17.1 | Bénéficiaires à titre obligatoire**

L'affiliation des salariés au régime obligatoire de base, telle que visée à l'article 23.1, est obligatoire dès leur embauche dans l'entreprise.

Les salariés placés dans une situation visée à l'article 17.2 ont la possibilité de refuser d'être affilié au régime collectif en vigueur chez leur employeur, quelle que soit leur date d'embauche.

### **Article 17.2 | Les cas dérogatoires / les dispenses d'affiliation**

Les dispenses d'affiliation au régime complémentaire santé collectif sont celles prévues par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Elles doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande écrite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier, pour la renonciation aux garanties collectives de complémentaire santé.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Peuvent solliciter une dispense d'affiliation, quelle que soit leur date :

A. Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;

B. Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au régime collectif obligatoire en vigueur dans son entreprise les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des régimes de protection sociale complémentaires institués dans l'entreprise, d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

C. Les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (complémentaire santé solidaire C2S). La dispense d'affiliation, qui doit être justifiée par tout document, cesse à la date à laquelle le salarié perd le bénéfice de cette couverture complémentaire ;

D. Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties par l'employeur, ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, et qui en justifient auprès de leur employeur. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel en cours à cette date ;

E. À condition de le justifier annuellement auprès de leur employeur, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations dans le cadre d'un dispositif de remboursement de frais de santé complémentaire remplissant les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;

F. Pour un salarié ayant droit, la dispense d'affiliation ne peut jouer que si la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une entreprise prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;

G. Les salariés qui, au moment de leur embauche, bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture de frais de santé complémentaire au titre d'un autre emploi, relevant de l'un des dispositifs suivants :

- régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- régime de prévoyance de la fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994.

Les facultés de dispenses mentionnées aux points C et E s'exercent indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié lui permet de respecter les conditions requises. Ainsi, un salarié déjà affilié au régime aura la possibilité de demander le bénéfice de ces dispenses d'affiliation pour l'avenir.

En outre, aucune autre dispense d'affiliation ne peut être valablement accordée.

L'employeur a l'obligation de proposer à tous les salariés y compris à ceux répondant à l'un au moins des cas de dispense ci-dessus, l'affiliation au régime de remboursement frais de santé. Il devra dans tous les cas se faire remettre, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la proposition d'affiliation, un écrit signé par chacun des salariés concernés, accompagné des éventuels justificatifs nécessaires, stipulant leur refus d'affiliation et le motif exact de dispense parmi ceux listés ci-dessus.

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime frais de santé obligatoire en vigueur. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande. En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser et d'être affiliés au régime de remboursement de frais de santé lorsqu'ils cessent de justifier de leur situation. »

#### « Article 18 | Amélioration de la couverture frais de santé du salarié »

Chaque salarié bénéficiaire du régime de base peut améliorer sa couverture frais de santé à titre facultatif et individuel en souscrivant. L'une des formules "Confort" ou "Confort Plus" respectivement détaillées aux articles 23.2 et 23.3 du présent chapitre.

L'extension prend effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au présent régime lorsque la demande est faite concomitamment ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'extension par l'organisme assureur.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier. Elle doit être payée directement par ses soins à l'organisme assureur. »

## Article 2 | Amélioration des niveaux de garanties

L'article 23 du chapitre 2 « Complémentaire santé » est remplacé par les dispositions suivantes visant à l'amélioration des garanties des salariés de la branche :

#### « Article 23 | Tableau des garanties »

Les garanties du régime complémentaire santé de la branche sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les garanties sont exprimées remboursements de la sécurité sociale inclus et sont présentées dans les tableaux annexés selon trois niveaux de remboursements :

- régime de base ;
- option confort ;
- option confort plus.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées.

## Article 23.1 | Régime de base

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Base	Précisions
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	160% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	140% BR	
Participation du patient sur actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	
<b>Séjours</b>		
- Frais de séjour	150% BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé
- Chambre particulière (par jour) selon service :		
Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	1,5% PMSS/jour	Hors ambulatoire Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...) et psychiatrie
Maternité	2% PMSS/jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Base	Précisions
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	160% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	140% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sage-femmes	100% BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
- Auxiliaires médicaux	100% BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100% BR	Consultations de psychologues conventionnés remboursées par la Sécurité sociale
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
<b>Actes d'imagerie et d'échographie</b>		
- Médecins signataires DPTM*	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>		
- Médecins signataires DPTM*	120% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
Participation du patient sur actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments à Service Médical Rendu* Important	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100% BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
<b>Matériel médical</b>		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100% BR	
<b>Transport</b>	100% BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Base	Précisions
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(2)</sup></b>		
- Inlay Core		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
<b>Prothèses hors 100 % Santé</b>		
<b>Panier à honoraires maîtrisés <sup>(2)</sup></b>		
- Inlay, onlay	125% BR	
- Inlay-Core	125% BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	300% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170% BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
<b>Panier à honoraires libres <sup>(2)</sup></b>		
- Inlay, onlay	125% BR	
- Inlay-Core	125% BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	300% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170% BR	
<b>Soins</b>		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
<b>Autres actes remboursés par l'AMO</b>		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275% BR	
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie <sup>(3)</sup> , orthodontie, implantologie	Néant	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Base	Précisions
<b>Optique</b>		
<b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes 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).</b>		
<b>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.</b>		
<b>1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)</b>		
<sup>(4)</sup> Détail du renouvellement de l'équipement		
<b>Équipements 100 % santé (S) - verres et/ou monture Classe A</b>		
- Monture adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>		
- Monture enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>		
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) <sup>(4)</sup>		
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) <sup>(4)</sup>		
- Prestations d'appariage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)		
	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
<b>Équipements hors 100 % Santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres <sup>(4)</sup></b>		
- Monture adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>	70 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>	50 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B</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 les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antipétiosis/verres isiconiques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
<b>Lentilles</b>		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO</b>	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Base	Précisions
<b>Auditif</b>		
<b>Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment</b>		
<b>Équipement 100 % Santé <sup>(2)</sup> - Classe I - Soumis à des prix limités de vente</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	Y compris les personnes de 20 ans
<b>Équipement hors 100 % Santé <sup>(2)</sup> - Classe II - Tarifs libres</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	570 €	
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	1 700 €	Y compris les personnes de 20 ans
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations <sup>(2)</sup></b>	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Base	Précisions
<b>Prévention - Bien-être</b>		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100% BR	
- Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Médecines complémentaires : ostéopathie et autres médecines douces	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*</b>		
- Frais de traitement et honoraires	100% BR	
- Forfait hébergement et transport	100% BR	
<b>Maternité</b>		
- Allocation naissance	5% du PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
<b>Fonds social</b>		
<p>Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge.</p> <p>Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.</p> <p>Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en oeuvre</p>		

# Grille optique Base

Verres Unifocaux/ Multifocaux/ Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Base Prime	
			Montant en € par verre de classe B Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(*)</sup>	50 €	38 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	92 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	54 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	54 €	43 €
		SPH > 0 et S > + 6	88 €	76 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	88 €	76 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	97 €	86 €		
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	116 €	105 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	126 €	114 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	126 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	126 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	124 €
		SPH > 0 et S > + 8	135 €	124 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	135 €	124 €		

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

## Légende

- \* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base
- \* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- \* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire)
- \* AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part "Mutuelle")
- \* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire maîtrisée.
- \* Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.
- \* HLF : Honoraires Limites de Facturation
- \* PLV : Prix limite de vente
- \* CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement impli.

(4) 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 est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du

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

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de

- 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. La prise en charge peut couvrir deux
  - 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.

(5) Équipements 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B)

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.  
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B)

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé

(8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort	Précisions
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	185% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	165% BR	
Participation du patient sur actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	
<b>Séjours</b>		
- Frais de séjour	250% BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé
- Chambre particulière (par jour) selon service :		
Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	2,5% PMSS/jour	Hors ambulatoire Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...) et psychiatrie Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en maternité. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
Maternité	3% PMSS/jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
- Frais d'accompagnement (par jour)	2% PMSS/jour	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort	Précisions
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	185% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	165% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sage-femmes	100% BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
- Auxiliaires médicaux	100% BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100% BR	Consultations de psychologues conventionnés remboursées par la Sécurité sociale
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
<b>Actes d'imagerie et d'échographie</b>		
- Médecins signataires DPTM*	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>		
- Médecins signataires DPTM*	120% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
Participation du patient sur actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100% BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
<b>Matériel médical</b>		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100% BR	
<b>Transport</b>		
	100% BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort	Précisions
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(2)</sup></b>		
- Inlay Core	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses hors 100 % Santé</b>		
<b>Panier à honoraires maîtrisés <sup>(2)</sup></b>		
- Inlay, onlay	135% BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	135% BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265% BR	
<b>Panier à honoraires libres <sup>(2)</sup></b>		
- Inlay, onlay	135% BR	
- Inlay-Core	135% BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265% BR	
<b>Soins</b>		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
<b>Autres actes remboursés par l'AMO</b>		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	400% BR	
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie <sup>(3)</sup> , orthodontie, implantologie	Forfait de 600 € par an et par bénéficiaire	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort	Précisions
<b>Optique</b>		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes 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).		
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.		
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)		
<sup>(4)</sup> Détail du renouvellement de l'équipement		
<b>Équipements 100 % santé (5) - verres et/ou monture Classe A</b>		
- Monture adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Monture enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) <sup>(4)</sup>	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) <sup>(4)</sup>	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Prestations d'appariage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
<b>Équipements hors 100 % Santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres <sup>(6)</sup></b>		
- Monture adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B</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 les verres de classe A et B	100 % BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antipétail/verres isocroniques)	100 % BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	
<b>Lentilles</b>		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 3% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO</b>		
	600 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort	Précisions
<b>Auditif</b>		
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment		
<b>Équipement 100 % Santé <sup>(8)</sup> - Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'à 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
<b>Équipement hors 100 % Santé <sup>(9)</sup> - Classe II - Tarifs libres</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	900 €	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'à 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	1 700 €	
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations <sup>(7)</sup></b>		
	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort	Précisions
<b>Prévention - Bien-être</b>		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100% BR	
- Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Médecines complémentaires : ostéopathie et autres médecines douces	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*</b>		
- Frais de traitement et honoraires	100% BR	
- Forfait hébergement et transport	100% BR + 10% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Maternité</b>		
- Allocation naissance	10% PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
<b>Fonds social</b>		
<p>Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...</p> <p>Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.</p> <p>Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en oeuvre</p>		

## Grille optique de l'option Confort

Verres Unifocaux/ Multifocaux/ Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Confort	
			Montant en € par verre de classe B Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 <sup>(*)</sup>	70 €	54 €
		SPH < - 6 ou > + 6	130 €	115 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	76 €	61 €
	Sphéro cylindriques	SPH ≥ 0 et S ≤ + 6	76 €	61 €
		SPH < - 6 et S > + 6	124 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	124 €	108 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	137 €	122 €
		SPH de - 4 à + 4	164 €	149 €
		SPH < - 4 ou > + 4	178 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	178 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	178 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	191 €	176 €
		SPH > 0 et S > + 8	191 €	176 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	191 €	176 €

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

## Légende

- \* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base
- \* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- \* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire)
- \* AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part "Mutuelle")
- \* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire maîtrisée.
- \* Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.
- \* HLF : Honoraires Limites de Facturation
- \* PLV : Prix limite de vente
- \* CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement impli:

(4) 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 est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du

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

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de

- 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. La prise en charge peut couvrir deux
  - 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.

(5) Équipements 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B)

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé

(8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort Plus	Précisions
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	210% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	190% BR	
Participation du patient sur actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	
<b>Séjours</b>		
- Frais de séjour	350% BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé
- Chambre particulière (par jour) selon service :		
Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	3,5% PMSS/jour	Hors ambulatoire Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation, ...) et psychiatrie Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en maternité.
Maternité	4% PMSS/jour	Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	2% PMSS/jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort Plus	Précisions
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	210% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	190% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sage-femmes	100% BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
- Auxiliaires médicaux	100% BR	
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100% BR	Consultations de psychologues conventionnés remboursées par la Sécurité sociale
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
<b>Actes d'imagerie et d'échographie</b>		
- Médecins signataires DPTM*	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>		
- Médecins signataires DPTM*	120% BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	100% BR	
Participation du patient sur actes lourds	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100% BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
<b>Matériel médical</b>		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	150% BR	
<b>Transport</b>		
	100% BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort Plus	Précisions	
<b>Dentaire</b>			
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(2)</sup></b>			
- Inlay Core	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	Actes soumis à des honoraires limites de facturation	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
<b>Prothèses hors 100 % Santé</b>			
<b>Panier à honoraires maîtrisés <sup>(2)</sup></b>			
- Inlay, onlay	165% BR		
- Inlay-Core	165% BR		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (Incisives, canines, prémolaires)	415% BR		
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	315% BR		
<b>Panier à honoraires libres <sup>(2)</sup></b>			
- Inlay, onlay	165% BR		
- Inlay-Core	165% BR		
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	415% BR		
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	315% BR		
<b>Soins</b>			
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR		
<b>Autres actes remboursés par l'AMO</b>			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	450% BR		
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>			
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie <sup>(3)</sup> , orthodontie, implantologie	Forfait de 1000 € par an et par bénéficiaire		

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMIC) * Confort Plus	Précisions
<b>Optique</b>		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes 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).		
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.		
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)		
<sup>(4)</sup> Détail du renouvellement de l'équipement		
<b>Équipements 100 % santé (5) - verres et/ou monture Classe A</b>  - Monture adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup>  - Monture enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>  - Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) <sup>(4)</sup>  - Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) <sup>(4)</sup>  - Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)  - Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV* AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
<b>Équipements hors 100 % Santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres <sup>(4)</sup></b> - Monture adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup> - Monture enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup> - Verre adulte (16 ans et plus) <sup>(4)</sup> - Verre enfant (de moins de 16 ans) <sup>(4)</sup>  <b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B</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 les verres de classe A et B - Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques) - Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 € 75 €  Voir grille optique   100 % BR 100 % BR 100 % BR	Y compris Ticket Modérateur Y compris Ticket Modérateur Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
<b>Lentilles</b> - Lentilles remboursées par l'AMO - Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	100 % BR + 4% PMSS 4% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO</b>	1 000 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort Plus	Précisions
<b>Auditif</b>		
<b>Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment</b>		
<b>Équipement 100 % Santé <sup>(8)</sup> - Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	Y compris les personnes de 20 ans
<b>Équipement hors 100 % Santé <sup>(9)</sup> - Classe II - Tarifs libres</b>		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	1 700 €	
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	1 700 €	Y compris les personnes de 20 ans
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations <sup>(7)</sup></b>	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total <sup>(1)</sup> (AMO + AMC) * Confort Plus	Précisions
<b>Prévention - Bien-être</b>		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100% BR	
- Vaccins antigrippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	3,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Médecines complémentaires : ostéopathie et autres médecines douces	35 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*</b>		
- Frais de traitement et honoraires	100% BR	
- Forfait hébergement et transport	100% BR + 10% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
<b>Maternité</b>		
- Allocation naissance	10% PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
<b>Fonds social</b>		
<p>Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhérent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...</p> <p>Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.</p> <p>Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en oeuvre</p>		

## Grille optique de l'option Confort Plus

Verres Unifocaux/ Multifocaux/ Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Confort Plus Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6(*)	85 €	67 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	160 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	94 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	94 €	75 €
		SPH < 0 et S > + 6	152 €	133 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	152 €	133 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	168 €	150 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	202 €	183 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	218 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	218 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	235 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	235 €	216 €
		SPH > 0 et S > + 8	235 €	216 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	235 €	216 €

### Légende

- \* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base
- \* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- \* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire)
- \* AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part "Mutuelle")
- \* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire maîtrisée.
- \* Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.
- \* HLF : Honoraires Limites de Facturation
- \* PLV : Prix limite de vente
- \* CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement impl.

(4) 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 est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du

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

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de

- 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. La prise en charge peut couvrir deux  
 • 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.

(5) Équipements 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B)

(6) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.  
 Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B)

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé

(8) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement

### Article 3 | *Obligations des employeurs*

L'article 28 du chapitre 2 « Complémentaire santé » est remplacé par les dispositions suivantes :

#### « Article 28.1 | *Montant de la cotisation*

La cotisation "frais de santé" du régime de base, au profit du salarié seul, est égale, selon l'affiliation du salarié au régime général ou au régime local Alsace-Moselle et le niveau de couverture collective obligatoire choisi, à :

- 1,301 % du PMSS\* TTC (taxe de solidarité additionnelle -TSA – au taux de 13,27 %) pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 0,844 % du PMSS\* TTC (taxe de solidarité additionnelle -TSA à 13,27 %) pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

\* Pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité

La charge de cotisation est répartie comme suit :

- 58 % pour l'employeur ;
- 42 % pour le salarié.

Les montants de cotisation évolueront chaque 1<sup>er</sup> janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

En outre la cotisation est révisable par avenant à la convention collective.

La révision peut notamment intervenir en cas de déséquilibre constaté ou en cas de désengagement des régimes obligatoires d'assurance maladie ou de modifications d'ordre conventionnel, législatif ou réglementaire de nature à dégrader les résultats du régime.

#### Article 28.2 | *Obligations des employeurs, adhésion, affiliation et paiement des cotisations*

##### a) Principe

Toutes les structures relevant de la branche professionnelle doivent être affiliées auprès d'un organisme assureur en matière de complémentaire santé.

Le choix de l'organisme assureur par la structure fait l'objet au préalable, d'une consultation du comité social et économique (CSE) lorsqu'il existe.

Les structures en création et les structures n'ayant mis en place aucun contrat de complémentaire santé doivent obligatoirement garantir l'application du présent régime en s'affiliant auprès d'un organisme assureur.

Les structures ayant mis en place un régime en frais de santé par voie d'accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale, et disposant d'un contrat d'assurance au profit de l'ensemble du personnel peuvent conserver ce contrat à la double condition qu'il :

- offre aux salariés concernés des garanties strictement supérieures, acte par acte, à celles prévues par le régime de base conventionnel ;
- et prévoit une part salariale de cotisation inférieure ou égale à celle prévue à l'article 28.1 de la présente convention.

Les structures concernées doivent fournir chaque année aux représentants du personnel, lorsqu'ils existent, une copie du contrat concerné, intégrant le détail des niveaux de prestation acte par acte, ainsi qu'une attestation de l'assureur précisant que le contrat est toujours en vigueur.

Dès lors que les deux conditions ci-dessus du contrat dit plus favorable ne seraient plus remplies, les structures concernées auront l'obligation d'ajuster leur régime complémentaire santé afin de se mettre en conformité avec leur obligation conventionnelle.

#### **b) Adhésion. Affiliation**

Afin d'adhérer au régime, la structure concernée devra retourner son bulletin d'adhésion à l'organisme assureur pour la gestion des garanties, dûment rempli, daté et signé.

Elle devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie à l'article VII.17.1.

L'entreprise devra remettre, contre accusé réception, à chaque salarié concerné la notice d'information établie et délivrée par l'organisme assureur afin de lui faire connaître ses droits et obligations, ainsi que les caractéristiques du présent régime. Cette formalité obligatoire doit être renouvelée à chaque actualisation de la notice par l'assureur.

Elle devra fournir un état récapitulatif complet du personnel concerné comprenant notamment, pour chacun des salariés, la situation de famille.

#### **c) Déclarations**

Les déclarations faites tant par la structure adhérente que par le salarié servent de base à la mise en œuvre des garanties.

L'organisme assurant la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

#### **d) Paiement des cotisations**

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Le paiement doit être effectué dans les 15 premiers jours du trimestre civil suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues.

Les régularisations éventuelles sont effectuées à la fin de chaque année.

Les versements sont opérés par chèque bancaire ou par virement.

La structure adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris la part salariale précomptée sur les rémunérations brutes des salariés. »

### **Article 4 | Équilibre du régime de branche**

Dans l'hypothèse où les comptes de résultats du régime complémentaire santé de la branche seraient dégradés, les partenaires sociaux conviennent de se réunir dans les plus brefs délais afin de prendre les éventuelles mesures nécessaires pour restaurer son équilibre.

### **Article 5 | Date d'entrée en vigueur. Agrément**

Conformément à l'article L. 314-6 du code du l'action sociale et des familles, le présent avenant est transmis, pour agrément, au ministre des solidarités et de la santé. Il entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du trimestre qui suivra son agrément, et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

### **Article 6 | Durée de l'avenant**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

## **Article 7 | Révision et dénonciation**

Le présent avenant pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

## **Article 8 | Extension**

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent avenant.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des structures de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de complémentaire santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

*Fait à Paris, le 7 juillet 2023.*

(Suivent les signatures.)