

4.1. Salariés couverts à titre obligatoire  
1. Régime de base

(En pourcentage du PMSS.)

Régime général		Base Conventionnelle
Actifs	Salarié obligatoire	1,39
	Conjoint facultatif	1,55
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,76

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Alsace-Moselle		Base Conventionnelle
Actifs	Salarié	0,97
	Conjoint facultatif	1,08
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,53

## 2. Régime de base + option à titre obligatoire pour l'entreprise et obligatoire pour le salarié

(En pourcentage du PMSS.)

Régime général		Base + option
Actifs	Salarié obligatoire	1,75
	Conjoint facultatif	1,97
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	1,02

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Alsace-Moselle		Base + option
Actifs	Salarié	1,33
	Conjoint facultatif	1,50
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,79

## 4.2. Salariés couverts à titre facultatif et ayants droit couverts à titre facultatif

Les cotisations additionnelles servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

(En pourcentage du PMSS.)

Régimes général et Alsace-Moselle		Base conventionnelle+ soption facultative
Actifs	Salarié	0,41
	Conjoint facultatif	0,42
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,26

## 4.3. Financement par l'Employeur :

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de l'entreprise par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

### **Article 5** **Garanties**

Les niveaux de garanties sur lesquels portent l'engagement des organismes assureurs sont précisés ci-après.

Les prestations définies aux contrats d'assurance souscrits par l'entreprise s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats responsables », définis à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, et à l'ensemble de ses textes d'application.

En cas d'évolution de ce cadre, le contrat d'assurance est mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, dans les conditions définies à l'article 8.

## Tableau de garanties

(au 1<sup>er</sup> janvier 2021).

		BASE CONVENTIONNELLE	BASE + OPTION
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>SOINS COURANTS</b>		
	<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		
	Consultations, visites généralistes		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
	Consultations, visites spécialistes		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	105 % BR	125 % BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	105 % BR	125 % BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR	

- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
Actes de sages-femmes	100 % BR	100 % BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>		
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	100 % BR
<b>MEDICAMENTS</b>		
Autres vaccins non remboursés par la SS	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Automédication (1)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
<b>MATERIEL MEDICAL</b>		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100 % BR	200 % BR
<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>		
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR

AIDES AUDITIVES			
AIDES AUDITIVES	Prothèse auditive remboursable		
	- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement)(2)(3)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II)(2)(3)	100 % BR	200 % BR
	Entretien, fournitures et accessoires	100 % BR	200 % BR
CURE THERMALE			
CURE THERMALE	Cure thermale acceptée par la SS (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
HOSPITALISATION	<b>MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>		
	Frais de séjour	100 % BR	250 % BR
	Forfait actes lourds	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	125 % BR
	Chambre particulière	25 € par jour	50 € par jour

	Chambre particulière en maternité	25 € par jour limité à 6 jours par séjour	50 € par jour limité à 6 jours par séjour
	Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans	25 € par jour	50 € par jour
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	Forfait maternité	50 €	50 €
	<b>OPTIQUE</b>		
	Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement)(3)(4)(5)(6)		
	Monture + verres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	Equipement à tarifs libres (Classe B)(3)(4)(5)(6)		
	Monture	100 €	100 €
	Par verre		
	. Simple	100 €	125 €
	. Complexe	220 €	245 €
	. Très complexe	250 €	275 €
	Adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR
	Verres avec filtre	100% BR	100% BR

	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR
	Lentilles prises en charge par la SS	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 € avec un minimum de 100% BR	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 € avec un minimum de 100% BR
	Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
	Chirurgie / opération oculaire	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 375 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 800 €

DENTAIRE			
DENTAIRE	Soins	200 % BR	200 % BR
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (3)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (3)		
	- Prothèses fixes	350 % BR	450 % BR
	- Inlay-Core	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses transitoires	350 % BR	450 % BR
	- Inlay onlay	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses amovibles	350 % BR	450 % BR
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
	- Prothèses fixes	350 % BR	450 % BR
	- Inlay-Core	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses transitoires	350 % BR	450 % BR
	- Inlay onlay	200 % BR	200 % BR
- Prothèses amovibles	350 % BR	450 % BR	
Implantologie	325 € / Implant	750 € / Implant	
Orthodontie prise en charge par la SS	250 % BR	350 % BR	
AUTRES			
AUTRES	Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire
	Actes de prévention (7)	100 % BR	100 % BR
	Assistance	Oui	Oui

BR : Base de remboursement - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique - RSS : remboursement de la Sécurité sociale - SS : Sécurité sociale

(1) Remboursement de médicaments considérés comme tels, ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché et vendus en officine

(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(4) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(5) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(6) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure 8.00 dioptries.

(7) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

#### **CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par l'organisme assureur.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, l'organisme assureur ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de l'organisme assureur :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de l'organisme assureur