

Brochure n° 3244

**Convention collective nationale**

IDCC : 1505. – **COMMERCE DE DÉTAIL  
DES FRUITS ET LÉGUMES,  
ÉPICERIE ET PRODUITS LAITIERS**

---

AVENANT N° 84 DU 28 AVRIL 2008  
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE  
DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET0850663M

IDCC : 1505

---

Entre :

La fédération nationale des détaillants en produits laitiers (FNDPL) ;

La fédération nationale de l'épicerie (FNDE) ;

L'union nationale des syndicats de détaillants en fruits, légumes et primeurs (UNFD),

D'une part, et

La fédération des services CFDT ;

La fédération des syndicats CSFV-CFTC ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et activités annexes FO ;

La fédération nationale agroalimentaire CFE-CGC ;

La fédération commerce, distribution et services CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé répond aux 3 objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de

la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire, et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;

- la solidarité entre l'ensemble des entreprises et les salariés de la profession ;
- la qualité et la simplicité de la gestion administrative d'un régime proche des salariés.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Champ d'application*

Le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est applicable à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

## **Article 2**

### *Adhésion. – Affiliation*

A compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises doivent affilier leurs salariés auprès de l'organisme assureur visé à l'article 13 par la signature d'un bulletin d'affiliation spécifique.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information délivrée par l'organisme assureur à l'employeur sera remise, par ce dernier, à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'avenant, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

## **Article 3**

### *Bénéficiaires*

Le présent avenant institue un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire au profit de l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1<sup>er</sup> du présent avenant, ayant 6 mois d'ancienneté dans une même entreprise.

Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime de remboursement complémentaire frais de soins de santé conformément aux dispositions légales, en fournissant régulièrement les justificatifs correspondants :

- les travailleurs saisonniers ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
- les salariés pour la durée de leur prise en charge au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC),
- les salariés bénéficiant lors de la mise en place du présent régime de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et cela jusqu'à échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation.

En aucun cas, une telle dispense d'affiliation ne peut être imposée par l'employeur.

## **Article 4**

### *Garanties*

Les garanties du présent régime sont établies sur la base des législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

Elles seront revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations à cette occasion.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail-maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

En cas de décès d'un salarié en activité dans une entreprise visée à l'article 1<sup>er</sup> du présent avenant, le régime de frais de soins de santé prendra en charge pendant 12 mois au bénéfice de ses ayants droit les cotisations correspondantes à la garantie conventionnelle dont il bénéficiait.

Sont concernés par cette gratuité les ayants droit du salarié suivants :

- son conjoint ;
- son concubin (au sens de l'art. 515-8 du code civil), lié avec lui ou non par un pacte civil de solidarité (Pacs).

Cette couverture est acquise à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin était lié par un Pacs avec le salarié, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le greffe du tribunal d'instance.

Dans le cas où le concubin n'était pas lié par un Pacs et n'était pas ayant droit du salarié au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun) ;

- ses enfants à charge, répondant à la définition suivante :
  - enfant de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation de la sécurité sociale et, par extension :
  - les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :

- les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
- les enfants du salarié auxquels celui-ci servait une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
- quel que soit leur âge, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) rattachés au foyer fiscal du salarié (avant son décès) au sens de l'article 6-3 du code général des impôts et pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.

## **Article 5**

### *Cotisation et répartition*

La cotisation est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion.

La cotisation sera revue, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La cotisation du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est mensuelle et forfaitaire.

Pour l'année 2009, la cotisation est fixée à 40 € par salarié et par mois pour le régime général et de 32 € pour le régime Alsace-Moselle.

Cette cotisation sera maintenue pour l'année 2010.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, et au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, la cotisation sera réexaminée par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales, et de l'assurance maladie.

La cotisation sera indexée au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

La contribution de l'employeur sera au minimum de 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 13 du présent avenant dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Les salariés relevant de la législation « accident du travail-maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation du présent régime frais de soins de santé pendant 12 mois après 6 mois d'arrêt de travail.

Cette gratuité interviendra le premier jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail.

Cependant, tout salarié qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « accidents du travail-maladie professionnelles ».

En cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale « accidents du travail-maladies professionnelles », tout salarié qui reprend le travail ou tout ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, conserve son droit à gratuité dans la limite des mois gratuits restant à courir.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

## **Article 6**

### *Règlement des prestations*

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

## **Article 7**

### *Tiers payant*

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

## **Article 8**

### *Limite des garanties. – Exclusions*

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

Les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci.

La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;

- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France.

Si la caisse de sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues en annexe du présent avenant ;

- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale (sauf ceux expressément visés dans l'annexe au présent avenant) ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires ;
- engagés au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;

Les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;

La majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;

Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de la sécurité sociale, les règlements éventuels seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de la sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable

à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de la sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

## **Article 9**

### *Plafond des remboursements*

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'autres organismes complémentaires.

## **Article 10**

### *Cessation des garanties*

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur désigné ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Pour les ayants droit d'un salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité prévue à l'article 4 du présent avenant, le bénéfice du maintien de couverture défini ci-dessus en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 prendra effet à l'issue de leur période de gratuité, sous réserve qu'ils en fassent expressément la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

## **Article 11**

### *Suspension des garanties*

Le régime et la cotisation patronale seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le salarié :

- en cas de congé maladie, accident du travail, accident de trajet, maladies professionnelles, maternité, adoption et congé paternité ;
- en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

## **Article 12**

### *Prescription des actions*

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

## **Article 13**

### *Désignation de l'organisme assureur*

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle des assurances et des

mutuelles sise 61, rue Taitbout, 75009 Paris, membre du Gie AG2R, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désignée comme organisme assureur du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Cette désignation sera réexaminée dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront, quant à elles, régulièrement réexaminées par le comité paritaire de suivi et de gestion.

## **Article 14**

### *Clause de migration*

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé et l'affiliation des salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire à compter de la date d'effet précisée à l'article 16 du présent avenant.

A cette fin, les entreprises concernées recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Ces dispositions s'appliquent, y compris pour les entreprises ayant un contrat de complémentaire de frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur, quel que soit le niveau de garanties appliqué.

## **Article 15**

### *Recours contre les tiers responsables*

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

## **Article 16**

### *Date d'effet*

Le présent avenant prendra effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*, et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## **Article 17**

### *Comité paritaire de suivi et de gestion*

Le suivi du présent régime par les partenaires sociaux est effectué par un comité paritaire de suivi et de gestion constitué sous forme d'association entre les représentants des organisations de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national et signataires du présent accord.

L'organisme assureur a l'obligation de lui présenter chaque année le compte de résultat.

Ce comité fonctionnera grâce à une indemnité de 1 % des cotisations brutes prélevée sur le compte de résultat du régime prévu à l'article 5 notamment pour :

- couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, salaires, secrétariat, édition) ;
- former et informer les négociateurs paritaires ;
- financer les études et l'information nécessaires au fonctionnement du régime.

L'utilisation de cette indemnité sera effectuée conformément aux statuts de l'association en cours de constitution à la date de conclusion du présent avenant.

## **Article 18**

### *Formalités administratives*

Les modalités de dénonciation de l'avenant sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Le présent avenant sera déposé à la direction des relations de travail et au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

La fédération nationale des détaillants de produits laitiers est chargée des formalités nécessaires.

Fait à Paris, le 28 avril 2008.

(Suivent les signatures.)

# ANNEXE

## Remboursements complémentaires des frais de soins de santé

POSTE	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA SÉCURITÉ SOCIALE	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité) Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris actes de chirurgie, d'anesthésie)	Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
Frais de séjour	Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
Chambre particulière (1)*	45 € par jour	Néant
Forfait hospitalier engagé*	100 % des frais réels dans la limite du montant du forfait hospitalier au jour de l'extension du régime conventionnel	
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)*	25 € par jour	
Transport (accepté par la SS)	Ticket modérateur limité à 35 % du tarif de responsabilité	
Consultations et visites Consultation et visite de généraliste (2)	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 30 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 30 % du TC sur les dépassements

POSTE	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA SÉCURITÉ SOCIALE	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Consultation de spécialiste	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements
Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques (ATM)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
<i>Pharmacie</i>		
Vignette blanche et vaccins remboursés	Ticket modérateur limité à 35 % TFR	
Vignette bleue	Ticket modérateur limité à 65 % TFR	
<i>Auxiliaires médicales</i>		
	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC
<i>Analyses et examens de laboratoire</i>		
Analyses, actes de biologie et prélèvements	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Néant
<i>Actes de radiologie</i>		
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR	Néant
Actes d'échographie (ADE)		
<i>Dentaire</i>		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	Ticket modérateur limité à 30 % du TC	Néant
Inlay simple et onlay	Ticket modérateur limité à 30 % du TC	Néant
Inlay core et inlay à clavettes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC	Néant
Prothèses dentaires remboursées par la SS	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 225 % du TC sur les dépassements	Néant
Prothèses dentaires non remboursées par la SS*	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 225 % du TC sur les dépassements	Néant
Orthodontie acceptée par la SS	325 % du tarif de convention	Néant
Orthodontie refusée par la SS*	150 % du tarif de convention	
Implants*	150 % du tarif de convention	
	Crédit annuel de 250 € par bénéficiaire	

POSTE	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA SÉCURITÉ SOCIALE	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
<p><i>Optique (par bénéficiaire)</i></p> <p>Monture Verres unifocaux (3) Verres multifocaux (3) Lentilles acceptées par la SS Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables) Kératotonomie (correction de la myopie par laser) <i>Prothèses non dentaires (acceptées par la SS) (par bénéficiaire)</i></p> <p>Prothèses auditives Orthopédie et autres prothèses <i>Cure thermique (remboursée par la SS)</i> Honoraires et frais de traitement Frais de voyage et d'hébergement <i>Actes hors nomenclature</i></p> <p>Acupuncture, chiropractie et ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée) 4 consultations maximum</p>	<p>Crédit annuel de 110 € 70 € par verre limité à 2 verres par an 95 € par verre limité à 2 verres par an Crédit annuel de 150 € Crédit annuel de 150 € Crédit annuel de 100 €</p> <p>Crédit annuel de 500 € Crédit annuel de 500 €</p> <p>Ticket modérateur limité à 30 % du TR Forfait de 200 € une fois/an et par bénéficiaire</p> <p>Dans la limite de 20 € par consultation et de 4 consultations par an et par bénéficiaire</p>	

POSTE	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA SÉCURITÉ SOCIALE	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
<i>Actes de prévention</i> Vaccination DTP et rubéole Dépistage annuel complet sur et sous-gingival (SC12) Vaccin antigrippe non remboursé par la SS	100 % du TM 100 % du TM 100 % FR	
BR = base de remboursement de la sécurité sociale PU = prix unitaire TC = tarif de convention de la sécurité sociale TMC = ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné) TR = tarif de responsabilité TFR = tarif forfaitaire de responsabilité FR = frais réels * Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale. (1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique et à 8 jours en maternité. (2) Y compris déplacements et majorations (nuit, jour férié). (3) Verres unifocaux : LPP 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523 Verres multifocaux : LPP 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042.		