

**Convention collective nationale**

**IDCC : 405. – ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX  
DE L'UNION INTERSYNDICALE  
DES SECTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX  
(26 août 1965)**

AVENANT N° 09-2014 DU 30 JUIN 2014

RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1451222M

IDCC : 405

**PRÉAMBULE**

Dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence des organismes assureurs, les partenaires sociaux se sont réunis pour définir les conditions de couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et la part de financement assurée par l'employeur.

Les travaux liminaires ont permis aux partenaires sociaux d'analyser les différentes hypothèses et de décider de la création et de la mise en place d'une assurance santé obligatoire pour le personnel relevant de la convention collective nationale de travail du 26 août 1965.

La négociation a porté notamment sur la définition du contenu et du niveau des garanties ainsi que sur la répartition des charges de cotisations entre employeurs et salariés, les conditions de choix des organismes assureurs, les modalités d'affectation au financement de l'objectif de solidarité, la situation particulière de certains salariés ou ayants droit justifiant une dispense d'affiliation à l'initiative du salarié, les adaptations relatives aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et le délai pour l'entrée en vigueur de l'accord avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Un accord d'entreprise pourra améliorer les conditions de mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire telle que définie par le présent accord.

Ces mesures sont applicables avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

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

*Objet*

Le présent avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014 s'applique à l'ensemble des salariés cadres et non cadres des établissements entrant dans le champ d'application visé par l'article 1<sup>er</sup> de la convention collective nationale du 26 août 1965 (convention collective nationale secteur sanitaire, social et médico-social).

Le droit à cette couverture collective est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties du régime de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès de deux organismes assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et par un protocole de gestion administrative communs, conclus dans les mêmes conditions.

## **Article 2**

### *Adhésion du salarié*

#### **Article 2.1**

##### *Définition des bénéficiaires*

Les bénéficiaires de cette couverture collective sont le salarié à titre obligatoire et le conjoint ou l'enfant à titre facultatif.

L'accès au régime de complémentaire santé est conditionné à la justification d'une ancienneté de 4 mois consécutifs au sein de l'entreprise, s'ils n'ont pas invoqué et justifié l'un des motifs de dispense d'affiliation prévus à l'article 2.3.

#### **Article 2.2**

##### *Suspension du contrat de travail*

###### *a) Cas de maintien du bénéfice du régime*

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- maladie d'origine professionnelle ou non professionnelle ;
- accident d'origine professionnelle ou non professionnelle ;
- maternité ;
- exercice du droit de grève ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu ;
- congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L. 3142-16 et suivants du code du travail et l'article 51 de la convention collective ;
- congé de soutien familial, tel que défini par les articles L. 3142-22 et suivants du code du travail,

et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

###### *b) Autres cas de suspension*

Dans les autres cas de suspension comme, par exemple, pour congé sans solde non visé dans les dispositions précédentes, notamment congé pour convenance personnelle, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour la création ou la reprise d'entreprise, les salariés ne bénéficieront pas du maintien du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de la cotisation en totalité (part patronale et part salariale).

Le fonds social pourra être sollicité pour compenser tout ou partie de la cotisation.

## Article 2.3

### *Caractère obligatoire de l'adhésion*

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- les salariés et apprentis sous contrat d'une durée inférieure ou égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire. Ces salariés devront solliciter par écrit auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis au moment de leur embauche. En l'absence de ces documents, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Le fonds social pourra être sollicité pour compenser tout ou partie de la cotisation ;
- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou de la couverture maladie universelle complémentaire, prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile. Cette dispense produit ses effets jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. A défaut d'écrit et de justificatif à l'embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;
- les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective obligatoire de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'une disposition de complémentaire santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés devront solliciter, par écrit auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de l'entreprise accompagnée de justificatifs et renouveler cette demande chaque année. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Le salarié bénéficiant de la couverture collective à adhésion obligatoire du conjoint sera dispensé de l'affiliation obligatoire par son employeur, sur présentation d'une attestation délivrée par l'organisme assureur du conjoint ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors s'exercer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

Les entreprises disposent de la liberté de mettre en œuvre les autres cas de dispense prévus par le décret du 9 janvier 2012 et par les éventuels autres textes réglementaires à paraître, le cas échéant, en concertation avec les instances représentatives du personnel et dans les conditions fixées par les textes.

L'absence de remise du justificatif dans les délais impartis entraînera l'affiliation automatique du salarié au présent régime obligatoire.

## Article 3

### *Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail*

## Article 3.1

### *Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage*

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime de complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail non consécutive à une faute lourde ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La durée de la portabilité est égale à celle du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations de complémentaire santé des salariés en activité.

### **Article 3.2**

#### *Maintien de la couverture du régime de complémentaire santé en application de l'article de la loi Evin*

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture du régime de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat, 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 que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- 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.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur. L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié et ses ayants droit en cas de décès.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la loi Evin sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

### **Article 4**

#### *Financement*

#### **Article 4.1**

##### *Structure de la cotisation*

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à sa couverture obligatoire, le salarié a la possibilité de couvrir ses ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont il bénéficie au titre du régime obligatoire.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

#### **Article 4.2**

##### *Assiette de la cotisation*

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (pour information, 3 129 € au 1<sup>er</sup> janvier 2014).

### **Article 4.3**

#### *Taux et répartition des cotisations*

La cotisation de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sera prise en charge à 50 % par l'employeur pour le salarié.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge de la cotisation « salarié isolé » à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire du salarié et éventuellement de ses ayants droit, si un accord d'entreprise le prévoit.

La cotisation ci-dessus et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés en annexe I.

### **Article 5**

#### *Prestations*

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables, par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe II à titre informatif, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent protocole. Les modifications seront soumises à accord entre les partenaires sociaux de la convention collective nationale de travail du 26 août 1965 et les organismes assureurs recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garantie, acte par acte, et mettre en œuvre des mesures d'action sociale définies par la commission nationale paritaire de négociation à un taux de cotisation équivalent.

Un fonds social sera géré par les membres de la commission nationale paritaire de négociation, qui définiront son fonctionnement et les mesures d'action sociale en relevant. Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'action sociale définies par une liste établie par la commission nationale paritaire de négociation.

### **Article 6**

#### *Suivi du régime de complémentaire frais de santé*

Les modalités d'envoi de dossiers « frais de santé » à l'organisme assureur et leur règlement par celui-ci sont définies dans la convention de gestion administrative.

Le régime de complémentaire santé est administré par la commission nationale paritaire, qui assure le suivi du régime de base, des options et des contrats « sur mesure » et pourra se faire assister d'un expert de son choix.

Les organismes recommandés communiquent obligatoirement chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission au plus tard le 1<sup>er</sup> juin suivant la clôture de l'exercice.

### **Article 7**

#### *Organismes assureurs recommandés*

Les partenaires sociaux décident de recommander, pour assurer la couverture du régime de complémentaire santé prévue par le présent accord, les organismes assureurs suivants.

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 621 419, siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
- ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 311 799 878, siège social : 104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 627 391, siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
- EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 317 442 176, siège social : 25, route de Montfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
- HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 434 243 085, siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

Ces mutuelles, coassureurs du régime, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à Mutex, entreprise régie par le code des assurances, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

## **Article 8**

### *Modalités de réexamen du régime*

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen du régime de santé décrit dans cet accord tous les 5 ans au maximum à compter de la date de signature du présent accord.

Le réexamen interviendra sur les bases de l'analyse opérée dans le cadre de l'application du suivi décrit à l'article 6 du présent accord.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés au 31 décembre de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

## **Article 9**

### *Effet et durée*

Le présent accord prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2015 sous réserve de l'agrément ministériel et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Le présent contrat aura un effet et une durée identiques à ceux prévus par l'avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014.

Il pourra toutefois être résilié par :

- les partenaires sociaux à la suite de la remise en cause de l'avenant n° 09-2014 ;
- les organismes assureurs recommandés.

Un préavis de 6 mois devra être respecté dans les deux cas et l'auteur de la résiliation devra faire part de celle-ci par lettre recommandée avec avis de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent contrat.

En cas de dénonciation de l'avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014, de résiliation du contrat, quel qu'en soit l'auteur, ou en cas de changement d'organisme assureur, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation.

La poursuite des revalorisations futures ainsi que le maintien des conditions de la couverture collective au profit des personnes en cours d'indemnisation à la date de résiliation du contrat devront faire l'objet d'une négociation avec les organismes assureurs, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Charenton-le-Pont, le 30 juin 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

UNISSS Charenton ;  
SNAMIS ;  
SISMES.

**Syndicats de salariés :**

CFDT ;  
CFTC ;  
CFE-CGC.

## ANNEXE I

### Taux et répartition des cotisations selon le plafond mensuel de la sécurité sociale

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

*(En pourcentage.)*

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,745	0,745	1,49
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,63	–	0,63
Conjoint (facultatif)	1,49	–	1,49

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle

*(En pourcentage.)*

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,505	0,505	1,01
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> enfant)	0,41	–	0,41
Conjoint (facultatif)	1,01	–	1,01

La cotisation « salarié isolé » comprend une part de 10,5 % liée aux frais de gestion qui pourrait être augmentée de frais de gestion complémentaires définis par décret.

### Taux et répartition des cotisations complémentaires pour les options selon le plafond mensuel de la sécurité sociale

*(En pourcentage.)*

	OPTION 1		OPTION 2	
	Adhésion facultative de l'entreprise, obligatoire pour le salarié	Adhésion facultative de l'entreprise et du salarié	Adhésion facultative de l'entreprise, obligatoire pour le salarié	Adhésion facultative de l'entreprise et du salarié
Salarié	0,20	0,23	0,44	0,52
Conjoint	0,21	0,25	0,48	0,59
Enfant	0,13	0,15	0,23	0,28
	Evin		Evin	
Adulte	0,28		0,62	
Enfant	0,15		0,28	



## ANNEXE II

### Objet et montant du remboursement de la base

Chirurgie hospitalière conventionnée : 150 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) :

- forfait hospitalier : couverture aux frais réels ;
- forfait actes lourds : couverture aux frais réels ;
- chambre particulière : 1,50 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale) ;
- personne accompagnante : 1,50 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale).

Frais médicaux :

- consultations, visites généralistes : 100 % de la BR ;
- consultations, visites spécialistes : 150 % de la BR ;
- pharmacie : 100 % de la BR (toutes vignettes) ;
- vaccins non remboursés par la sécurité sociale : 25 € ;
- analyses : 100 % de la BR ;
- auxiliaires médicaux : 100 % de la BR ;
- actes techniques médicaux (petite chirurgie) : 100 % de la BR ;
- radiologie : 100 % de la BR ;
- orthopédie et autres prothèses : 125 % de la BR ;
- prothèses auditives : 400 € tous les 2 ans, par oreille ;
- transport accepté par la sécurité sociale : 100 % de la BR.

Dentaire : limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire ; au-delà, garantie égale à celle des garanties complémentaires définies à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- soins dentaires : 100 % de la BR ;
- onlays-inlays : 125 % de la BR.

Orthodontie :

- acceptée par la sécurité sociale : 200 % de la BR ;
- refusée par la sécurité sociale : non couverte.

Prothèses dentaires :

- remboursées dents du sourire : 350 % de la BR ;
- remboursées dents du fond de bouche : 250 % de la BR ;
- inlay cores : 125 % de la BR ;
- non remboursées par la sécurité sociale : 250 % de la BR reconstituée ;
- parodontologie : 200 € ;
- implantologie : 200 €.

Frais d'optique : les garanties s'entendent verres + monture (enfant) ou lentilles, par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adulte), une paire tous les 2 ans. Le remboursement s'entend par verre dans le tableau ci-après.

VERRES ET MONTURE	ENFANT	ADULTE
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de – 6 à + 6	50	80
Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	60	90
Sphère < – 10 ou > + 10	70	100
Verres simple foyer, sphères cylindriques		
Cylindre < + 4, sphère de – 6 à + 6	60	90
Cylindre < + 4, sphère < – 6 ou > + 6	70	100
Cylindre > + 4, sphère de – 6 à + 6	80	110
Cylindre > + 6, sphère de < – 6 ou > + 6	90	120
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de – 4 à + 4	120	150
Sphère de < – 4 ou > + 4	130	160
Verres multifocaux ou progressifs cylindriques		
Sphère de – 8 à + 8	145	175
Sphère de < – 8 à > + 8	155	185
Monture	75	125

Lentilles : 150 € par an et par bénéficiaire.

Chirurgie réfractive : 400 € par œil.

Frais de cure thermique (hors thalassothérapie), par an et par bénéficiaire, cure acceptée par la sécurité sociale : 100 €.

Médecines douces (ostéopathie, étioopathie, acupuncture...) reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels : 4 × 25 € par an et par bénéficiaire.

Dépistages (ostéodensitométrie, audition, obésité...) par bénéficiaire, prescrits médicalement : 40 € par an et par bénéficiaire.

Actes de prévention :

Tous les actes des contrats responsables : TM.

Patch antitabac : 40 € par an et par bénéficiaire.

### **Objet et montant du remboursement de la base. – Option 1**

Chirurgie hospitalière conventionnée : 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) :

- forfait hospitalier : couverture aux frais réels ;
- forfait actes lourds : couverture aux frais réels ;
- chambre particulière : 2,25 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale) ;
- personne accompagnante : 2,25 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale).

Frais médicaux :

- consultations, visites généralistes : 100 % de la BR ;
- consultations, visites spécialistes : 200 % de la BR ;
- pharmacie : 100 % de la BR (toutes vignettes) ;
- vaccins non remboursés par la sécurité sociale : 50 € ;
- analyses : 100 % de la BR ;
- auxiliaires médicaux : 100 % de la BR ;

- actes techniques médicaux (petite chirurgie) : 125 % de la BR ;
- radiologie : 125 % de la BR ;
- orthopédie et autres prothèses : 150 % de la BR ;
- prothèses auditives : 800 € tous les 2 ans, par oreille ;
- transport accepté par la sécurité sociale : 100 % de la BR.

Dentaire : limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire ; au-delà, garantie égale à celle des garanties complémentaires définies à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- soins dentaires : 100 % de la BR ;
- onlays-inlays : 150 % de la BR.

Orthodontie :

- acceptée par la sécurité sociale : 300 % de la BR ;
- refusée par la sécurité sociale : non couverte.

Prothèses dentaires :

- remboursées dents du sourire : 400 % de la BR ;
- remboursées dents du fond de bouche : 300 % de la BR ;
- inlays cores : 150 % de la BR ;
- non remboursées par la sécurité sociale : 300 % de la BR reconstituée ;
- parodontologie : 300 € ;
- implantologie : 300 €.

Frais d'optique : les garanties s'entendent verres + monture (enfant) ou lentilles, par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adulte), une paire tous les 2 ans. Le remboursement s'entend par verre dans le tableau ci-dessous :

(En euros.)

VERRES ET MONTURE	ENFANT	ADULTE
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	60	100
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	70	110
Sphère < - 10 ou > + 10	80	120
Verres simple foyer, sphères cylindriques		
Cylindre < + 4, sphère de - 6 à + 6	70	110
Cylindre < + 4, sphère < - 6 ou > + 6	80	120
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	90	130
Cylindre > + 6, sphère de < - 6 ou > + 6	100	140
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	130	170
Sphère de < - 4 ou > + 4	140	180
Verres multifocaux ou progressifs cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	155	195
Sphère de < - 8 à > + 8	165	205
Monture	100	150

Lentilles : 200 € par an et par bénéficiaire.

Chirurgie réfractive : 600 € par œil.

Frais de cure thermique (hors thalassothérapie) par an et par bénéficiaire, cure acceptée par la sécurité sociale : 200 €.

Médecines douces (ostéopathie, étiopathie, acupuncture...) reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels : 4 × 30 € par an et par bénéficiaire.

Dépistages (ostéodensitométrie, audition, obésité...) par bénéficiaire, prescrits médicalement : 60 € par an et par bénéficiaire.

Actes de prévention :

Tous les actes des contrats responsables : TM.

Patch antitabac : 60 € par an et par bénéficiaire.

### **Objet et montant du remboursement de la base. – Option 2**

Chirurgie hospitalière conventionnée : 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) :

- forfait hospitalier : couverture aux frais réels ;
- forfait actes lourds : couverture aux frais réels ;
- chambre particulière : 3 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale) ;
- personne accompagnante : 3 % du PMSS (panier moyen sécurité sociale).

Frais médicaux :

- consultations, visites généralistes : 150 % de la BR ;
- consultations, visites spécialistes : 300 % de la BR ;
- pharmacie : 100 % de la BR (toutes vignettes) ;
- vaccins non remboursés par la sécurité sociale : 100 € ;
- analyses : 150 % de la BR ;
- auxiliaires médicaux : 150 % de la BR ;
- actes techniques médicaux (petite chirurgie) : 150 % de la BR ;
- radiologie : 150 % de la BR ;
- orthopédie et autres prothèses : 200 % de la BR ;
- prothèses auditives : 1 200 € tous les 2 ans, par oreille ;
- transport accepté par la sécurité sociale : 100 % de la BR.

Dentaire : limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire au-delà, garantie égale à celle des garanties complémentaires définies à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- soins dentaires : 100 % de la BR ;
- onlays-inlays : 200 % de la BR.

Orthodontie :

- acceptée par la sécurité sociale : 350 % de la BR ;
- refusée par la sécurité sociale : 250 % de la BR.

Prothèses dentaires :

- remboursées dents du sourire : 450 % de la BR ;
- remboursées dents du fond de bouche : 350 % de la BR ;
- inlays cores : 200 % de la BR ;
- non remboursées par la sécurité sociale : 350 % de la BR reconstituée ;
- parodontologie : 500 € ;
- implantologie : 500 €.

Frais d'optique : les garanties s'entendent verres + monture (enfant) ou lentilles, par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adulte), une paire tous les 2 ans. Le remboursement s'entend par verre dans le tableau ci-après.

VERRES ET MONTURES	ENFANT	ADULTE
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	70	120
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	80	130
Sphère < - 10 ou > + 10	90	140
Verres simple foyer, sphères cylindriques		
Cylindre < + 4, sphère de - 6 à + 6	80	130
Cylindre < + 4, sphère < - 6 ou > + 6	90	140
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	100	150
Cylindre > + 6, sphère de < - 6 ou > + 6	110	160
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	140	190
Sphère de < - 4 ou > + 4	150	200
Verres multifocaux ou progressifs cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	165	215
Sphère de < - 8 à > + 8	175	225
Monture	125	175

Lentilles : 300 € par an et par bénéficiaire.

Chirurgie réfractive : 800 € par œil.

Frais de cure thermique (hors thalassothérapie) par an et par bénéficiaire, cure acceptée par la sécurité sociale : 300 €.

Médecines douces (ostéopathie, étioopathie, acupuncture...) reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels : 4 × 50 € par an et par bénéficiaire.

Dépistages (ostéodensitométrie, audition, obésité...) par bénéficiaire, prescrits médicalement : 80 € par an et par bénéficiaire.

Actes de prévention :

Tous les actes des contrats responsables : TM.

Patch antitabac : 80 € par an et par bénéficiaire.