

Brochure n° 3037

Convention collective nationale

IDCC : 1921. – PERSONNEL DES HUISSIERS DE JUSTICE

AVENANT N° 48 DU 13 MARS 2015

RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1550514M

IDCC : 1921

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national de complémentaire santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour les salariés relevant de la convention collective des personnels des huissiers de justice.

Les partenaires sociaux ont également eu à l'esprit la nécessité, pour les salariés comme pour les entreprises :

- de permettre la pérennité d'un régime de complémentaire santé ;
- de prévoir le mécanisme de portabilité des droits, instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

En conséquence de quoi il a été conclu le présent accord, qui complète les dispositions de la convention collective nationale des personnels des huissiers de justice par la création d'un « régime de complémentaire santé ». Le présent accord prévoit un régime de base conventionnel, qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ainsi que deux options, ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 2, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Article 2

Champ d'application

Le présent avenant s'impose aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective des personnels des huissiers de justice.

Il s'applique aux salariés relevant de la convention collective des personnels des huissiers de justice.

Article 3

Mise en place d'un régime de complémentaire santé

Article 3.1

Adhésion du salarié

1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté.

2. Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

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

- congé légal de maternité ou d'adoption ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

Dans les cas visés au présent *a*, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Concernant les salariés non radiés des effectifs, classés en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale, ou dont le taux d'incapacité permanente reconnu par cet organisme est au moins égal à 66 %, et qui ne perçoivent aucune rémunération de l'employeur, il est précisé que ces salariés bénéficient d'un maintien des garanties frais de santé sans contrepartie de cotisation tant qu'ils font partie des effectifs de l'entreprise. La charge que représente ce maintien est financée dans le cadre du degré élevé de solidarité.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice 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 l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

3. Caractère obligatoire de l'adhésion

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

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être dispensés d'adhésion au régime sans remettre en cause le caractère obligatoire de celui-ci :

a) Les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis, avec l'obligation 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 et en produisant tous documents nécessaires à cette justification.

b) Les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute.

c) Dans le cadre du degré élevé de solidarité, comprenant à ce titre des prestations non directement contributives, il existe la possibilité d'une prise en charge totale de la cotisation des salariés décrits aux points *a* et *b* du présent article (sauf les salariés et les apprentis en CDD de plus de 12 mois pour lesquels la dispense est nécessairement justifiée par une couverture individuelle par ailleurs).

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tous justificatifs requis.

Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD, les apprentis et les salariés à temps partiel, dans les 30 jours suivant la date d'embauche. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

d) Les salariés qui sont 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 tous documents utiles.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tous justificatifs requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressés à l'employeur dans les 30 jours suivant leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

e) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

f) A condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;

- contrats d’assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Ces salariés devront solliciter, par écrit auprès de leur employeur, leur dispense d’adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date d’embauche ou de mise en place du régime. A défaut d’écrit et de justificatif adressés à l’employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S’agissant des entreprises non adhérentes à l’un des contrats d’assurance souscrits auprès de l’organisme assureur recommandé, elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d’adhésion.

Article 3.2

Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de cessation 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 des régimes de remboursement de frais de santé complémentaires dont ils bénéficiaient au sein de l’entreprise en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d’assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l’ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et par les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture. La portabilité est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2. Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l’article 4 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 de complémentaire santé sera maintenue par l’organisme assureur, dans le cadre d’un nouveau contrat souscrit à titre individuel :

- 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 ;
- 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.

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’application de l’article 4 de la loi Evin, incombe à l’organisme assureur, et l’employeur n’intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de cessation du contrat de travail et au titre de ladite loi Evin seront examinées par les parties dans le cadre du suivi du présent accord.

Les conditions tarifaires proposées aux bénéficiaires de la loi Evin dans le cadre d'un contrat qui ne serait pas souscrit auprès de l'organisme recommandé devront respecter la limite maximale d'augmentation de 50 % entre le tarif des actifs et celui des sortants de la loi Evin.

Article 3.3

Financement

1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « isolé » du régime de base.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, à titre facultatif via une couverture « famille monoparentale » ou « famille », de couvrir leurs ayants droit (enfant[s] et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour le même niveau de garanties dont ils bénéficient eux-mêmes.

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

2. Assiette de la cotisation

Les cotisations mensuelles servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3. Taux et répartition des cotisations

La cotisation « isolé » du régime de base est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

La cotisation obligatoire ci-dessus définie et les cotisations facultatives « famille monoparentale » et « famille » du régime de base et des deux régimes optionnels sont fixées dans les conditions suivantes :

Régime général de la sécurité sociale

(En pourcentage.)

	RÉGIME de base	TAUX de cotisation	PARTICIPATION salarié	PARTICIPATION employeur
Cotisation obligatoire	Isolé	1,08	50	50
Cotisations facultatives additionnelles	Famille monoparentale	0,73	100	0
	Famille	1,17	100	0
Option 1				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,23	100	0
	Famille monoparentale	1,11	100	0
	Famille	1,64	100	0
Option 2				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,53	100	0
	Famille monoparentale	1,59	100	0
	Famille	2,24	100	0

Régime local de la sécurité sociale (Alsace-Moselle)

(En pourcentage.)

	RÉGIME de base	TAUX de cotisation	PARTICIPATION salarié	PARTICIPATION employeur
Cotisation obligatoire	Isolé	0,70	50	50
Cotisations facultatives additionnelles	Famille monoparentale	0,48	100	0
	Famille	0,77	100	0
Option 1				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,15	100	0
	Famille monoparentale	0,73	100	0
	Famille	1,08	100	0
Option 2				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,34	100	0
	Famille monoparentale	1,04	100	0
	Famille	1,47	100	0

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire du salarié mise en place par l'entreprise.

Loi Evin. – Régime général de la sécurité sociale

(En pourcentage.)

	RÉGIME de base	TAUX de cotisation	PARTICIPATION salarié	PARTICIPATION employeur
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	1,62	100	0
	Famille monoparentale	1,09	100	0
	Famille	1,75	100	0
Option 1				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,34	100	0
	Famille monoparentale	1,66	100	0
	Famille	2,46	100	0
Option 2				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,79	100	0
	Famille monoparentale	2,38	100	0
	Famille	3,36	100	0

	RÉGIME de base	TAUX de cotisation	PARTICIPATION salarié	PARTICIPATION employeur
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	1,05	100	0
	Famille monoparentale	0,72	100	0
	Famille	1,15	100	0
Option 1				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,22	100	0
	Famille monoparentale	1,09	100	0
	Famille	1,62	100	0
Option 2				
Cotisations facultatives additionnelles	Isolé	0,51	100	0
	Famille monoparentale	1,56	100	0
	Famille	2,20	100	0

Article 3.4*Prestations*

1. Tableau des garanties

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.

Les tableaux des garanties joints en annexe sont établis sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord.

Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la commission mixte paritaire et l'assureur recommandé et par un avenant au présent accord collectif.

Les entreprises non adhérentes auprès de l'organisme assureur recommandé devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales.

2. Prestations présentant un degré élevé de solidarité

Concernant les prestations présentant un degré élevé de solidarité, prévues par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et dans le décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, le présent accord prévoit, au titre du régime obligatoire des salariés, les mesures suivantes :

1. La prise en charge totale de la cotisation des salariés ou des apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois s'ils ne bénéficient pas d'une couverture par ailleurs, ainsi que les salariés à temps partiel et les apprentis dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;

2. Le financement d'actions de prévention, dont les orientations sont déterminées par la commission paritaire de branche ;

3. La prise en charge de prestations d'action sociale au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle, suivantes (à compléter) ;

4. En outre, le maintien des garanties exposé à l'article 3.1 (2 a) concernant les salariés non radiés des effectifs, classés en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale, ou dont le taux d'incapacité est supérieur à 50 % ;

pacité permanente reconnu par cet organisme est au moins égal à 66 %, et ne percevant aucune rémunération de l'employeur, est financé dans le cadre du degré élevé de solidarité.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre auprès de l'organisme assureur qu'elles auront retenu les prestations prévues au présent article. Sont affectés au financement de ces mesures 2 % des cotisations.

La commission paritaire de branche peut à tout moment, sur la base des données fournies par l'organisme assureur recommandé, procéder aux ajustements nécessaires tant sur le plan du financement que de la définition des mesures futures.

Article 3.5

Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la commission mixte paritaire dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale des personnels des huissiers de justice.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par l'organisme assureur, les garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission mixte paritaire.

Article 3.6

Organisme assureur recommandé

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties frais de santé prévues par la convention collective, l'organisme assureur suivant : Malakoff Médéric Prévoyance, 21, rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 09.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause la recommandation de l'organisme assureur visé au premier alinéa le 31 décembre de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire de l'organisme assureur.

Article 4

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 5

Dépôt et demande d'extension

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt dans les conditions fixées aux articles L. 2231-6 et D. 2231-3 et suivants du code du travail.

Le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants du code du travail et à l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Article 6

Révision

Le présent accord pourra être révisé conformément à la loi.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires ou ayant valablement adhéré au présent accord, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties à l'accord.

La commission paritaire se réunira dans un délai maximum de 3 mois à compter de la réception de cette demande, afin d'envisager la conclusion d'un avenant de révision.

Article 7

Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur du présent accord est subordonnée à son extension.

Le présent accord entrera en vigueur à compter du premier jour du mois suivant la date de parution de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent accord.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CNHJ ;

UNHJ.

Syndicats de salariés :

CGT-FO ;

FS CFDT ;

CSFV CFTC ;

SPAAC CFE-CGC ;

FNPSE CGT ;

FESSAD UNSA.

Régime de base

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

Les régimes sont en conformité avec les décrets relatifs aux contrats responsables et solidaires.

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE du régime de branche, base		TOTAL BASE (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Soins médicaux courants (y compris maternité)				
Consultations et visites généraliste en sec- teur conventionné et non conventionné CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Consultations et visites généraliste en sec- teur conventionné et non conventionné hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Consultations et visites spécialiste en sec- teur conventionné et non conventionné CAS (**)	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations et visites spécialiste en sec- teur conventionné et non conventionné hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Analyses biologiques	60 %	40 %		100 %
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %		100 %
Radiologie CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Radiologie hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Actes de chirurgie et actes techniques mé- dicaux CAS (**)	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Actes de chirurgie et actes techniques mé- dicaux hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Transport	65 %	35 %		100 %
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)				
Frais de séjour en secteur conventionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Honoraires en secteur conventionné CAS (**)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
Honoraires en secteur conventionné hors CAS (**)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 30 %	130 %
Frais de séjour en secteur non conven- tionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Honoraires en secteur non conventionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier			Frais réels	Frais réels
Frais de transport	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Chambre particulière			30 € par jour	30 € par jour

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE du régime de branche, base		TOTAL BASE (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)			30 € par jour	30 € par jour
Participation forfaitaire			Frais réels	Frais réels
Pharmacie				
Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 %	65 % ou 30 %	35 % ou 70 %		100 %
Pharmacie remboursée à 15 %	15 %	85 %		100 %
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la sécurité sociale, par an et par bénéficiaire				
Dentaire				
Soins dentaires secteur conventionné ou non conventionné	70 %	30 %		100 %
Inlay/Onlay	70 %	30 %		100 %
Prothèse dentaire prise en charge par la sécurité sociale	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
Inlay core	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
Prothèse dentaire non prise en charge par la sécurité sociale			125 %	125 %
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 25 %	125 %
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale				
Implants dentaires (crédit par an et par bénéficiaire)				
Optique				
Pour les enfants (moins de 18 ans) : un équipement annuel				
Pour les adultes (plus de 18 ans) : un équipement tous les 2 ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel				
Monture adultes (18 ans et plus)	60 %		100 €	60 % + 100 €
Monture enfants (moins de 18 ans)	60 %		80 €	60 % + 80 €
Verres	60 %		Cf. grille optique base	
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	60 %		100 €	60 % + 100 €
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)			100 €	100 €
Autres prothèses				
Petit appareillage et orthopédie	60 %	40 %		100 %
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	60 %	40 %	+ 50 %	150 %

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE du régime de branche, base		TOTAL BASE (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale				
Traitement et honoraires	70 %	30 %		100 %
Voyage et hébergement	65 %	35 %		100 %
Médecines alternatives et actes de prévention				
Ostéopathie (limitation à 3 séances maxi par an et par bénéficiaire)			15 € par séance	15 € par séance
Dépistage hépatite B				
Vaccins compris dans les prestations de prévention : diphtérie, tétanos, polio- myélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (pour certaines femmes), <i>haemophilus influenzae</i> B, vac- cination contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait contraception (sur la base d'une prescription médicale), par an et par béné- ficiaire			15 €	15 €
Maternité/Adoption				
Forfait ⁽¹⁾				
<p>(*) Majoration de 15 € par verre pour les verres des enfants (moins de 18 ans).</p> <p>(**) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.</p> <p>(1) Allocation par enfant.</p> <p>L'engagement porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne « Prise en charge du régime de branche ».</p> <p>Le remboursement total, donné à titre indicatif, peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés.</p> <p>Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.</p>				

BASE	CODE TIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
Unifocaux	202A0011	Adulte	2,29	2203240 2287916	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	-	-	50 €
		Enfant	12,04	2261874 2242457	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	-	-	50 €
	202A0012	Adulte	4,12	2280660	Verre blanc	+/- 6,25	+/- 10,00	-	-	60 €
				2282793	Verre blanc					
				2263459	Verre teinté					
				2265330	Verre teinté					
	202A0013	Enfant	26,68	2243540	Verre blanc	+/- 6,25	+/- 10,00	-	-	60 €
				2297441	Verre teinté					
				2243304	Verre blanc					
				2291088	Verre teinté					
	202A0013	Adulte	7,62	2235776 2295896	Verre blanc Verre teinté	+/- 10,25	+/- 20,00	-	-	60 €
		Enfant	44,97	2273854 2248320	Verre blanc Verre teinté	+/- 10,25	+/- 20,00	-	-	60 €
	202A0021	Adulte	3,66	2259966 2226412	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 0,25	+ 4,00	50 €
		Enfant	14,94	2200393 2270413	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 0,25	+ 4,00	50 €

BASE	CODE TIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
	202A0022	Adulte	6,86	2284527 2254868	Verre blanc Verre teinté	+/- 6,25	+/- 20,00	+ 0,25	+ 4,00	60 €
		Enfant	36,28	2283953 2219381	Verre blanc Verre teinté	+/- 6,25	+/- 20,00	+ 0,25	+ 4,00	60 €
	202A0023	Adulte	6,25	2212976 2252668	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 4,25	+ 6,00	60 €
		Enfant	27,90	2238941 2268385	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 4,25	+ 6,00	60 €
	202A0024	Adulte	9,45	2288519 2299523	Verre blanc Verre teinté	+/- 6,25	+/- 20,00	+ 4,25	+ 6,00	60 €
		Enfant	46,50	2245036 2206800	Verre blanc Verre teinté	+/- 6,25	+/- 20,00	+ 4,25	+ 6,00	60 €
	202A0031	Adulte	7,32	2290396 2291183	Verre blanc Verre teinté	- 4,00	+ 4,00	-	-	60 €
		Enfant	39,18	2259245 2264045	Verre blanc Verre teinté	- 4,00	+ 4,00	-	-	60 €
	202A0032	Adulte	10,82	2245384 2295198	Verre blanc Verre teinté	+/- 4,25	+/- 20,00	-	-	60 €
		Enfant	43,30	2238792 2202452	Verre blanc Verre teinté	+/- 4,25	+/- 20,00	-	-	60 €

Multifocaux
(verres progressifs)

BASE	CODE TIPS	TYPLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
	202A0041	Adulte	10,37	2227038 2299180	Verre blanc Verre teinté	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	60 €
		Enfant	43,60	2240671 2282221	Verre blanc Verre teinté	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	60 €
	202A0042	Adulte	24,54	2202239 2252042	Verre blanc Verre teinté	+/- 8,25	+/- 20,00	+ 0,25	+ 6,00	60 €
		Enfant	66,62	2234239 2259660	Verre blanc Verre teinté	+/- 8,25	+/- 20,00	+ 0,25	+ 6,00	60 €

Régime option 1

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

Les régimes sont en conformité avec les décrets relatifs aux contrats responsables et solidaires.

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (a titre indicatif)	PRISE EN CHARGE DU RÉGIME de branche, option 1		TOTAL OPTION 1 (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Soins médicaux courants (y compris maternité)				
Consultations et visites généraliste en sec- teur conventionné et non conventionné CAS (**)	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations et visites généraliste en sec- teur conventionné et non conventionné hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Consultations et visites spécialiste en sec- teur conventionné et non conventionné CAS (**)	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Consultations et visites spécialiste en sec- teur conventionné et non conventionné hors CAS (**)	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Analyses biologiques	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %		100 %
Radiologie CAS (**)	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Radiologie hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Actes de chirurgie et actes techniques mé- dicaux CAS (**)	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Actes de chirurgie et actes techniques mé- dicaux hors CAS (**)	70 %	30 %		100 %
Transport	65 %	35 %		100 %
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)				
Frais de séjour en secteur conventionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Honoraires en secteur conventionné CAS (**)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Honoraires en secteur conventionné hors CAS (**)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 80 %	180 %
Frais de séjour en secteur non conven- tionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Honoraires en secteur non conventionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Forfait journalier			Frais réels	Frais réels
Frais de transport	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Chambre particulière			60 € par jour	60 € par jour

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (a titre indicatif)	PRISE EN CHARGE DU RÉGIME de branche, option 1		TOTAL OPTION 1 (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)			45 € par jour	45 € par jour
Participation forfaitaire			Frais réels	Frais réels
Pharmacie				
Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 %	65 % ou 30 %	35 % ou 70 %		100 %
Pharmacie remboursée à 15 %	15 %	85 %		100 %
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la sécurité sociale, par an et par béné- ficiaire			20 €	20 €
Dentaire				
Soins dentaires secteur conventionné ou non conventionné	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Inlay/Onlay	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Prothèse dentaire prise en charge par la sécurité sociale	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Inlay core	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Prothèse dentaire non prise en charge par la sécurité sociale			200 %	200 %
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale				
Implants dentaires (crédit par an et par bénéficiaire)			150 €	150 €
Optique				
Pour les enfants (moins de 18 ans) : un équipement annuel				
Pour les adultes (plus de 18 ans) : un équipement tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel				
Monture adultes (18 ans et plus)	60 %		100 €	60 % + 100 €
Monture enfants (moins de 18 ans)	60 %		100 €	60 % + 100 €
Verres	60 %		Cf. grille optique option 1	
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	60 %		150 €	60 % + 150 €
Lentilles non prises en charge par la sécu- rité sociale (y compris lentilles jetables)			150 €	150 €
Autres prothèses				
Petit appareillage et orthopédie	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	60 %	40 %	+ 100 %	200 %

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (a titre indicatif)	PRISE EN CHARGE DU RÉGIME de branche, option 1		TOTAL OPTION 1 (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale				
Traitement et honoraires	70 %	30 %		100 %
Voyage et hébergement (crédit par an et par bénéficiaire)	65 %		150 €	150 €
Médecines alternatives et actes de prévention				
Ostéopathie (limitation à 3 séances maxi par an et par bénéficiaire)	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	20 € par séance	20 € par séance
Dépistage hépatite B				
Vaccins compris dans les prestations de prévention : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (pour certaines femmes), <i>haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)				100 %
Forfait contraception (sur la base d'une prescription médicale), par an et par bénéficiaire			20 €	20 €
Maternité/Adoption				
Forfait ⁽¹⁾			100 €	100 €
<p>(**) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.</p> <p>(1) Allocation par enfant.</p> <p>L'engagement porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne « Prise en charge du régime de branche ».</p> <p>Le remboursement total, donné à titre indicatif, peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés.</p> <p>Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.</p>				

OPTION 1	CODETIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
Unifocaux	202A0011	Adulte	2,29	2203240 2287916	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	-	-	50 €
		Enfant	12,04	2261874 2242457	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	-	-	50 €
	202A0012	Adulte	4,12	2280660	Verre blanc	+ / - 6,25	+ / - 10,00	-	-	50 €
				2282793	Verre blanc					
				2263459	Verre teinté					
				2265330	Verre teinté					
		Enfant	26,68	2243540	Verre blanc	+ / - 6,25	+ / - 10,00	-	-	50 €
				2297441	Verre teinté					
				2243304	Verre blanc					
				2291088	Verre teinté					
	202A0013	Adulte	7,62	2235776 2295896	Verre blanc Verre teinté	+ / - 10,25	+ / - 20,00	-	-	50 €
		Enfant	44,97	2273854 2248320	Verre blanc Verre teinté	+ / - 10,25	+ / - 20,00	-	-	50 €
	202A0021	Adulte	3,66	2259966 2226412	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 0,25	+ 4,00	50 €
		Enfant	14,94	2200393 2270413	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 0,25	+ 4,00	50 €

OPTION 1	CODE TIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre	
	202A0022	Adulte	6,86	2284527 2254868	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 4,00	50 €	
		Enfant	36,28	2283953 2219381	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 4,00	50 €	
	202A0023	Adulte	6,25	2212976 2252668	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 4,25	+ 6,00	50 €	
		Enfant	27,90	2238941 2268385	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 4,25	+ 6,00	50 €	
	202A0024	Adulte	9,45	2288519 2299523	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 4,25	+ 6,00	50 €	
		Enfant	46,50	2245036 2206800	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 4,25	+ 6,00	50 €	
	202A0031	Adulte	7,32	2290396 2291183	Verre blanc Verre teinté	- 4,00	+ 4,00	-	-	75 €	
		Enfant	39,18	2259245 2264045	Verre blanc Verre teinté	- 4,00	+ 4,00	-	-	75 €	
	Multifocaux (verres progressifs)	202A0032	Adulte	10,82	2245384 2295198	Verre blanc Verre teinté	+ / - 4,25	+ / - 20,00	-	-	75 €
			Enfant	43,30	2238792 2202452	Verre blanc Verre teinté	+ / - 4,25	+ / - 20,00	-	-	75 €

OPTION 1	CODETIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
	202A0041	Adulte	10,37	2227038	Verre blanc	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	75 €
				2299180	Verre teinté					
		Enfant	43,60	2240671	Verre blanc	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	75 €
				2282221	Verre teinté					
	202A0042	Adulte	24,54	2202239	Verre blanc	+ / - 8,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 6,00	75 €
				2252042	Verre teinté					
		Enfant	66,62	2234239	Verre blanc	+ / - 8,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 6,00	75 €
				2259660	Verre teinté					

Régime option 2

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

Les régimes sont en conformité avec les décrets relatifs aux contrats responsables et solidaires.

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE DU RÉGIME de branche, option 2		TOTAL OPTION 2 (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Soins médicaux courants (y compris maternité)				
Consultations et visites généraliste en sec- teur conventionné et non conventionné CAS (**)	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Consultations et visites généraliste en sec- teur conventionné et non conventionné hors CAS (**)	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
Consultations et visites spécialiste en sec- teur conventionné et non conventionné CAS (**)	70 %	30 %	+ 150 %	250 %
Consultations et visites spécialiste en sec- teur conventionné et non conventionné hors CAS (**)	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Analyses biologiques	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %		100 %
Radiologie CAS (**)	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Radiologie hors CAS (**)	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
Actes de chirurgie et actes techniques mé- dicaux CAS (**)	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes de chirurgie et actes techniques mé- dicaux hors CAS (**)	70 %	30 %	+ 30 %	130 %
Transport	65 %	35 %		100 %
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)				
Frais de séjour en secteur conventionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Honoraires en secteur conventionné CAS (**)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Honoraires en secteur conventionné hors CAS (**)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Frais de séjour en secteur non conven- tionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Honoraires en secteur non conventionné	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Forfait journalier			Frais réels	Frais réels
Frais de transport	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Chambre particulière			80 € par jour	80 € par jour

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE DU RÉGIME de branche, option 2		TOTAL OPTION 2 (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)			60 € par jour	60 € par jour
Participation forfaitaire			Frais réels	Frais réels
Pharmacie				
Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 %	65 % ou 30 %	35 % ou 70 %		100 %
Pharmacie remboursée à 15 %	15 %	85 %		100 %
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la sécurité sociale, par an et par béné- ficiaire			40 €	40 €
Dentaire				
Soins dentaires secteur conventionné ou non conventionné	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Inlay/Onlay	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Prothèse dentaire prise en charge par la sécurité sociale	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
Inlay core	70 %	30 %	+ 200 %	300 %
Prothèse dentaire non prise en charge par la sécurité sociale			300 %	300 %
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale			200 %	200 %
Implants dentaires (crédit par an et par bénéficiaire)			300 €	300 €
Optique				
Pour les enfants (moins de 18 ans) : un équipement annuel				
Pour les adultes (plus de 18 ans) : un équipement tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel				
Monture adultes (18 ans et plus)	60 %		100 €	60 % + 100 €
Monture enfants (moins de 18 ans)	60 %		100 €	60 % + 100 €
Verres	60 %		Cf. grille optique option 2	
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	60 %		200 €	60 % + 200 €
Lentilles non prises en charge par la sécu- rité sociale (y compris lentilles jetables)			200 €	200 €
Autres prothèses				
Petit appareillage et orthopédie	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	60 %	40 %	+ 150 %	250 %

NATURE DES PRESTATIONS régime général	RÉGIME obligatoire (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE DU RÉGIME de branche, option 2		TOTAL OPTION 2 (y compris régime obligatoire de la sécurité sociale)
		Au titre du ticket modérateur, dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements, dans la limite de	
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale				
Traitement et honoraires	70 %	30 %		100 %
Voyage et hébergement (crédit par an et par bénéficiaire)	65 %		200 €	200 €
Médecines alternatives et actes de prévention				
Ostéopathie (limitation à 3 séances maxi par an et par bénéficiaire)	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	30 € par séance	30 € par séance
Dépistage hépatite B				
Vaccins compris dans les prestations de prévention : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (pour certaines femmes), <i>haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois))				100 %
Forfait contraception (sur la base d'une prescription médicale), par an et par bénéficiaire			30 €	30 €
Maternité/Adoption				
Forfait ⁽¹⁾			150 €	150 €
<p>(**) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.</p> <p>(1) Allocation par enfant.</p> <p>L'engagement porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne « Prise en charge du régime de branche ».</p> <p>Le remboursement total, donné à titre indicatif, peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés.</p> <p>Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.</p>				

OPTION 2	CODE TIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
Unifocaux	202A0011	Adulte	2,29	2203240 2287916	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	-	-	100 €
		Enfant	12,04	2261874 2242457	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	-	-	100 €
	202A0012	Adulte	4,12	2280660 2282793 2263459 2265330	Verre blanc Verre blanc Verre teinté Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 10,00	-	-	100 €
				2243540 2297441 2243304 2291088	Verre blanc Verre teinté Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 10,00	-	-	100 €
				2235776 2295896	Verre blanc Verre teinté	+ / - 10,25	+ / - 20,00	-	-	100 €
				2273854 2248320	Verre blanc Verre teinté	+ / - 10,25	+ / - 20,00	-	-	100 €
	202A0021	Adulte	3,66	2259966 2226412	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 0,25	+ 4,00	100 €
				2200393 2270413	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 0,25	+ 4,00	100 €
		Enfant	14,94							

OPTION 2	CODE TIPS	TYPOLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
	202A0022	Adulte	6,86	2284527 2254868	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 4,00	100 €
		Enfant	36,28	2283953 2219381	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 4,00	100 €
		Adulte	6,25	2212976 2252668	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 4,25	+ 6,00	100 €
		Enfant	27,90	2238941 2268385	Verre blanc Verre teinté	- 6,00	+ 6,00	+ 4,25	+ 6,00	100 €
	202A0024	Adulte	9,45	2288519 2299523	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 4,25	+ 6,00	100 €
		Enfant	46,50	2245036 2206800	Verre blanc Verre teinté	+ / - 6,25	+ / - 20,00	+ 4,25	+ 6,00	100 €
		Adulte	7,32	2290396 2291183	Verre blanc Verre teinté	- 4,00	+ 4,00	-	-	145 €
		Enfant	39,18	2259245 2264045	Verre blanc Verre teinté	- 4,00	+ 4,00	-	-	145 €
	202A0032	Adulte	10,82	2245384 2295198	Verre blanc Verre teinté	+ / - 4,25	+ / - 20,00	-	-	145 €
		Enfant	43,30	2238792 2202452	Verre blanc Verre teinté	+ / - 4,25	+ / - 20,00	-	-	145 €
Multifocaux (verres progressifs)										

OPTION 2	CODE TIPS	TYPLOGIE	BRSS	CODE LPP		SPHÈRE début	SPHÈRE fin	CYLINDRE début	CYLINDRE fin	GARANTIE par verre
	202A0041	Adulte	10,37	2227038 2299180	Verre blanc Verre teinté	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
		Enfant	43,60	2240671 2282221	Verre blanc Verre teinté	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
		Adulte	24,54	2202239 2252042	Verre blanc Verre teinté	+ / - 8,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
		Enfant	66,62	2234239 2259660	Verre blanc Verre teinté	+ / - 8,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
	202A0042	Adulte	10,37	2227038 2299180	Verre blanc Verre teinté	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
		Enfant	43,60	2240671 2282221	Verre blanc Verre teinté	- 8,00	+ 8,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
		Adulte	24,54	2202239 2252042	Verre blanc Verre teinté	+ / - 8,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €
		Enfant	66,62	2234239 2259660	Verre blanc Verre teinté	+ / - 8,25	+ / - 20,00	+ 0,25	+ 6,00	145 €