

Brochure n° 3282

Convention collective nationale

IDCC : 1875. – **CABINETS ET CLINIQUES VÉTÉRINAIRES**
(Personnel salarié)

ACCORD DU 14 OCTOBRE 2015

RELATIF À L'INSTAURATION D'UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

NOR : ASET1550991M

IDCC : 1875

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les parties signataires entendent instituer une couverture complémentaire collective portant sur le remboursement des dépenses de santé dans le champ de la convention collective des cabinets et cliniques vétérinaires.

La volonté des partenaires sociaux est d'inscrire cette couverture « frais de santé » dans le cadre de la réglementation afférente aux contrats responsables et solidaires ainsi qu'à l'obligation de généralisation de la complémentaire santé.

Le présent accord vise à permettre aux employeurs de la branche d'avoir la capacité de choisir, s'ils le souhaitent, l'organisme recommandé par les partenaires sociaux de la branche au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Les parties signataires conviennent que, en fonction de la montée en charge du régime et des restitutions faites par le ou les organismes recommandés, un point d'étape sera effectué tous les 6 mois pendant les 2 premières années afin de piloter ce nouveau dispositif au mieux des intérêts des salariés et des employeurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013. Il vise à organiser et à faciliter la mise en œuvre des articles L. 911-7 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord collectif s'applique sur le territoire national métropolitain et les départements d'outre-mer à tous les salariés relevant de la convention collective nationale cabinets et cliniques vétérinaires.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Tous les salariés visés à l'article 2 du présent accord bénéficient d'une couverture complémentaire collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Le présent accord permet au salarié de demander par écrit à son employeur une dispense d'affiliation dans les cas suivants :

- le salarié est déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé, à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I, à la date de mise en place des garanties collectives obligatoires définies dans le présent accord ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place. La dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (ACS), s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 6 mois, qui justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 6 mois, qui bénéficie ou non d'une garantie individuelle « frais de santé » ;
- le salarié est à temps partiel, et la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de sa rémunération mensuelle brute ;
- le salarié bénéficie par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I, et qui le justifie annuellement auprès de l'employeur.

En renonçant à l'affiliation au régime de frais de santé de l'entreprise, le salarié renonce à tout remboursement au titre dudit régime s'il a des frais de santé ou d'hospitalisation. Il renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien de la couverture au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite « loi Evin ».

Article 5

Affiliation par l'employeur

A la date d'effet du présent accord, les employeurs peuvent affilier leurs salariés auprès d'AG2R Prévoyance, organisme recommandé pour assurer et gérer le régime frais de santé. L'affiliation se fait à l'aide d'un bulletin d'affiliation spécifique fourni par l'organisme.

L'affiliation peut également s'effectuer auprès de tout autre organisme, à condition de respecter le panier de soins défini par la branche vétérinaire (cf. annexe I).

Une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire. Elle définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et de résiliation (cf. art. 6). Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

Article 5.1

Formalités liées à l'affiliation

L'employeur, que ce soit à la mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche d'un salarié, si celle-ci est postérieure, doit :

- informer chaque salarié de l'existence d'une couverture conventionnelle frais de santé à adhésion obligatoire et de la nature des garanties proposées par l'organisme choisi, en remettant une copie de la « notice de garanties » ;
- remettre en main propre à chaque salarié, contre décharge, un document indiquant les possibilités de dispense d'adhésion et l'informant des conséquences de son choix (cf. art. 4 ci-dessus).

En cas de dispense, dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense annuelle des salariés concernés et les justificatifs, le cas échéant.

Le salarié, à défaut de réponse écrite dans les 30 jours calendaires qui suivent la remise des documents définis ci-dessus, est affilié à la complémentaire santé proposée par l'employeur au jour de la date d'effet de la mise en place de la complémentaire santé collective ou au jour de la date de début de la relation contractuelle.

La dispense d'affiliation étant annuelle, le salarié doit, le cas échéant, renouveler chaque année auprès de son employeur sa demande de dispense d'affiliation par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge. Cette demande doit être accompagnée de tous les documents justifiant la demande de dispense (attestations et/ou documents justifiant une adhésion par ailleurs).

Cependant le salarié pourra à tout moment demander à bénéficier des garanties instituées par le présent accord, par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à son employeur.

En cas de changement d'adresse, le salarié doit informer simultanément son employeur et l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé conventionnelle par tous moyens permettant d'établir la preuve de cette information.

Article 6

Adhésion. – Cotisations. – Démission

L'adhésion au régime collectif complémentaire de frais de santé se fait à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

Aucun salarié ne peut démissionner du régime collectif à titre individuel et de son propre fait, exception faite des cas définis à l'article 4 du présent accord. Dans ce cas, cette démission se fera à l'échéance annuelle de la date anniversaire du contrat collectif, par lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre contre décharge à l'employeur, et justifiée par tous documents nécessaires.

L'employeur devra en informer par écrit l'organisme assureur dans le mois qui suit la réception du courrier de démission.

La cotisation cessera d'être due le premier jour du mois civil qui suit le retrait du salarié du régime collectif.

Article 7

Garanties

Les garanties définies en annexe I du présent accord sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie obligatoire en vigueur à la signature de l'accord.

Les garanties « frais de santé » s'inscrivent dans le cadre de la réglementation afférente aux contrats responsables et solidaires ainsi qu'à l'obligation de généralisation de la complémentaire santé.

Article 8

Suspension du contrat de travail et maintien des garanties

Article 8.1

Arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, le contrat de travail du salarié est suspendu ; le salarié continue à bénéficier de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié, avec maintien de la participation employeur dès lors qu'il bénéficie d'indemnités journalières de la sécurité sociale et/ou du régime de prévoyance ou d'un maintien de sa rémunération par son employeur. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.

Article 8.2

Maternité. – Paternité. – Adoption

Le salarié bénéficie de la couverture complémentaire santé de l'organisme auquel il est affilié. Le salarié acquittera sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois, afin que ce dernier puisse s'acquitter de la cotisation.

Article 8.3

Congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autre congé ne donnant pas lieu à un maintien de salaire

Dans le cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas ou plus droit au maintien de salaire ou aux indemnités journalières de la sécurité sociale, les garanties prévues à l'article 7 du présent accord sont suspendues ainsi que l'obligation de cotisation.

De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

Article 9

Portabilité des droits

La cessation du contrat de travail, quels qu'en soient la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Cependant le dispositif de « maintien des droits », appelé aussi « portabilité des droits », permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage en cas de cessation de son contrat de travail de conserver sa couverture santé sous certaines conditions définies ci-après.

Hors retraite, le salarié dont le contrat de travail est rompu bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- le contrat de travail a été rompu ou a cessé pour un motif autre que la faute lourde ;
- la cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage ;
- le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

L'employeur informe l'organisme assureur de la date de cessation du contrat de travail. Il mentionne dans le certificat de travail remis au salarié son droit, ou non, à la portabilité, le maintien des garanties ainsi que la durée de ces dernières.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut excéder 12 mois.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de son indemnisation par l'assurance chômage ainsi que toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Le maintien des garanties du régime au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale), selon le principe de la mutualisation.

Le niveau de garanties : pendant la période de portabilité, les garanties sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. En cas de modification du contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées aux anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité.

Article 10

Autres cas de maintien de la couverture frais de santé

L'organisme assureur adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés visés ci-dessous au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire dans les cas suivants :

a) A l'issue du dispositif de portabilité, à l'ancien salarié concerné une proposition de maintien de la couverture frais de santé à titre individuel ;

b) Aux 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.

L'organisme assureur doit :

- proposer à la personne concernée, dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période pendant laquelle elle a bénéficié du maintien temporaire de ces garanties, une couverture identique à celle des actifs ;
- fournir une notice d'information individuelle précisant les modalités de souscription, ainsi que le tarif proposé dans le respect de la réglementation.

La demande doit être faite par le salarié auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle il bénéficiait à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Article 11

Cotisation et répartition

La cotisation est fixée jusqu'au 31 décembre 2017 à :

- 32,46 € par mois pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 17,75 € par mois pour les salariés relevant du régime local Alsace-Moselle.

Dans le cadre de cette cotisation, 2 % sont affectés au financement de prestations à caractère non directement contributif.

Ces prestations prennent notamment la forme de :

1. Financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
2. Prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié, pour les garanties définies en annexe I.

Cette couverture s'impose de plein droit, dans les relations individuelles de travail, à l'ensemble des salariés en tant qu'élément du statut conventionnel applicable. A ce titre, le précompte correspondant à la part salariale des cotisations est obligatoire.

L'employeur peut prendre en charge au moins la différence existant entre la cotisation pleine et celle des salariés à temps partiel, dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à acquitter une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération, sauf dans les cas prévus à l'article 4 du présent accord.

Article 12

Choix de l'organisme assureur

A l'issue de la procédure de mise en concurrence, la commission paritaire de branche recommande AG2R Prévoyance pour assurer et gérer le régime santé complémentaire conventionnel obligatoire des salariés de la branche.

La recommandation s'appliquera pour une durée de 3 ans à partir du 1^{er} janvier 2016, excepté dans le cas où l'organisme recommandé ne remplirait plus les conditions établies par les partenaires sociaux dans le cahier des charges relatif à la mise en concurrence.

Préalablement, l'organisme défaillant sera mis en demeure par la commission paritaire de corriger ses manquements les corrections devront intervenir dans un délai de 6 mois. A défaut, la commission paritaire pourra mettre fin à sa recommandation.

Article 13

Mise en œuvre

Les employeurs dont les salariés relèvent de la convention collective nationale des cabinets et cliniques vétérinaires, excepté ceux qui auraient déjà mis en place un système de garanties collectives en matière de remboursement de frais de santé au moins équivalent à celui prévu dans le présent accord, doivent faire bénéficier leurs salariés des garanties collectives définies par le présent accord à la date de parution de l'arrêté d'extension, et au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Il appartiendra aux employeurs ayant déjà mis en place avant la date d'effet du présent accord une garantie collective de s'assurer que le régime existant dans l'entreprise est au moins équivalent en termes de garanties à celui mis en place par le présent accord.

Chaque salarié est libre de contracter ses frais des garanties additionnelles venant compléter le niveau de prestations du présent accord et la prise en charge de son conjoint et/ou de ses ayants droit.

Article 14

Commission paritaire spéciale de suivi

Les parties signataires décident de mettre en œuvre une commission paritaire de suivi de l'accord dont la partie patronale assure le secrétariat.

Elle est composée d'un représentant par organisation syndicale de salariés représentative au niveau de la branche et d'autant de représentants des organisations patronales représentatives au niveau de la branche, du présent accord.

La commission se réunit au moins une fois par an pour examiner l'effectivité de l'accord et les résultats du régime, ainsi que toutes statistiques et/ou éléments concernant ce régime. Elle se réunit sur convocation du secrétariat dans les 2 mois qui suivent l'envoi par le (ou les) organisme(s) recommandé(s) des comptes de résultats de l'année écoulée.

L'assureur recommandé a obligation de présenter annuellement à la commission paritaire le compte de résultats du régime ainsi que les résultats qualitatifs et quantitatifs relatifs au haut degré de solidarité et à la portabilité des droits.

A la demande d'au moins un de ses membres, la commission de suivi se réunit dans un délai de 2 mois à réception de la demande. Le secrétariat est chargé de la convocation.

Article 15

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

La perte éventuelle de la qualité d'organisation représentative de l'une ou l'autre des parties signataires du présent accord n'entraîne pas la remise en cause de l'accord.

Article 16

Révision

Le présent accord peut faire l'objet d'une demande de révision par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisation signataire. Le courrier mentionne les modifications souhaitées et s'accompagne d'un projet de texte modificatif.

Lorsque l'organisme recommandé ne remplit plus les conditions du cahier des charges annexé au présent accord, dans les 2 mois suivant ce constat, la partie patronale convoquera l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement, pour une première réunion de négociation.

Les organisations syndicales de salariés représentatives, signataires du présent accord ou qui y ont adhéré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-3 du code du travail, sont seules habilitées à signer, dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du code du travail, l'avenant portant révision de cet accord.

Dans le cas où l'avenant portant révision est approuvé par l'ensemble des parties signataires de l'accord et par celles y ayant adhéré ultérieurement, les nouvelles dispositions se substituent immédiatement à celles qu'il modifie. Il est opposable, dans des conditions de dépôt prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, à l'ensemble des employeurs et des salariés liés par la convention ou l'accord.

Article 17

Dénonciation

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement par lettre recommandée adressée à la DDTEFP de Paris, avec avis de réception, en respectant un préavis de 6 mois.

Le présent accord peut faire l'objet d'une dénonciation partielle. La durée du préavis qui doit précéder la dénonciation partielle est de 6 mois.

Elle est déposée par la partie qui en est signataire au service dépositaire de l'accord qu'elle concerne. Un récépissé est délivré au déposant.

Dans les 2 mois qui suivent la fin du préavis, à l'initiative de l'une ou de l'autre des parties signataires, une négociation sera engagée pour définir un nouvel accord.

Lorsque la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis. A défaut de nouvel accord dans le délai imparti, les salariés des entreprises concernées conservent les avantages individuels qu'ils ont acquis, en application du présent accord, à l'expiration de ce délai et cela pendant 1 an.

Lorsque la dénonciation est le fait d'une partie seulement des signataires employeurs ou des signataires salariés, elle ne fait pas obstacle au maintien en vigueur de l'accord entre les autres parties signataires.

Dans ce cas, les dispositions de l'accord continuent de produire effet à l'égard des auteurs de la dénonciation jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis.

Article 18

Date d'effet

Le présent accord prendra effet le premier jour du mois qui suit la parution au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension et, en tout état de cause, impérativement au 1^{er} janvier 2016.

Article 19

Dépôt et extension

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord. Le dépôt en sera fait par la partie la plus diligente dans le respect de la réglementation en vigueur.

Fait à Paris, le 14 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNVEL.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;

FCS UNSA ;

FGA CFDT ;

FSPSS FO ;

CFE-CGC Agro.

ANNEXE I

RÉGIME OBLIGATOIRE : GARANTIES À EFFET DU 1^{ER} JANVIER 2016

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément de la sécurité sociale).

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		130% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)		150% BR Médecins adhérents CAS 130% BR Médecins NON adhérents CAS
Actes d'anesthésie (ADA)		130% BR Médecins adhérents CAS
Autres honoraires		110% BR Médecins NON adhérents CAS
Chambre particulière (y compris maternité)		28 €/ jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)		28 €/ jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux		18 €
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)		100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)		100% BR
Actes de chirurgie (ADC)		150% BR Médecins adhérents CAS
Actes techniques médicaux (ATM)		130% BR Médecins NON adhérents CAS
Actes d'imagerie médicale (ADI)		100% BR
Actes d'échographie (ADE)		100% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Analyses		100% BR
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		6 % PMSS / oeil
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie		100% BR
Pharmacie non remboursée SS		
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la SS et patchs anti-tabac		Crédit de 1 % du PMSS par année civile
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives & Orthopédie & autres prothèses		100%BR + Crédit de 1000 €par année civile

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires	100% BR	
Inlay simple, Onlay	100% BR	
Prothèses dentaires (y compris Inlay core et inlay à clavettes)	270% BR	
Orthodontie	180% BR	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires (1)	Crédit de 120 €/par année civile	

(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

Equipelement optique

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Optique		
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.		
Monture	100% BR + 2,5% PMSS	
Verres	100% BR + 2,5 % PMSS (par verre)	
Lentilles remboursées par la SS	100% BR + 1,25% PMSS par année civile	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	1,75% PMSS par année civile	

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Médecines hors nomenclature		
Contraceptifs non remboursés SS Sevrage tabagique		Crédit de 1 % du PMSS par année civile
Médecine douce : Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée), diététicien, ergothérapie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie.		20 €par acte limité à 4 actes par année civile
Actes de prévention		
Prise en charge des actes de prévention de la liste prévue par l'Arrêté du 8 juin 2006 (pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code)		100% BR

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : ticket modérateur, soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

CAS : contrat d'accès aux soins.