Brochure n° 3148

Convention collective nationale

IDCC : 500. – **COMMERCES DE GROS DE L'HABILLEMENT, DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET**

ACCORD DU 23 FÉVRIER 2016

RELATIF À L'INSTAURATION D'UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

NOR : *ASET1650582M*
IDCC : *500*

Entre :

La FCJT,

D'une part, et

La CFE-CGC ;

La CSFV CFTC ;

La FS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet se sont réunis afin d'élaborer et de négocier un accord instituant au 1er janvier 2016 un régime collectif et obligatoire de couverture complémentaire de frais de santé pour les salariés de la branche.

Les partenaires sociaux ont voulu :

– assurer aux salariés un niveau de garanties supérieur à celui prévu par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
– organiser l'accès à un dispositif d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, en particulier les plus petites d'entre elles ;
– permettre la mutualisation des risques auprès d'un organisme d'assurance recommandé au terme d'une procédure transparente de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance. A cet effet, les partenaires sociaux ont procédé à un appel d'offres auprès d'organismes d'assurance sur la base d'un cahier des charges établi paritairement.

En tout état de cause, au-delà de ce régime obligatoire, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires optionnels et/ou surcomplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles prévues par le présent accord.

Article 1er

Champ d'application

Le régime collectif et obligatoire de complémentaire santé mis en place dans la branche par le présent accord s'applique à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet (IDCC 500).

Article 2

Objet

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de mettre en place, au 1er janvier 2016, au profit de leurs salariés, la couverture complémentaire conventionnelle de frais de santé prévue par le présent accord.

Les entreprises ayant mis en place un régime de couverture complémentaire de frais de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord mais dont les garanties assurées ne couvrent pas à un niveau équivalent ou supérieur les garanties du régime définies dans le présent accord devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et au plus tard le 1er janvier 2017.

Article 3

Bénéficiaires

Le bénéfice des garanties visées à l'article 6.2 du présent accord est ouvert au profit de l'ensemble des salariés et des anciens salariés « dit loi Evin », des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective précitée, quelle que soit leur catégorie professionnelle et sans condition d'ancienneté.

A ce stade, les partenaires sociaux souhaitent rappeler que les mandataires sociaux ne sont pas automatiquement bénéficiaires, en application du présent accord, du régime de couverture complémentaire de frais de santé. Ainsi, les employeurs devront veiller à mettre en œuvre les procédures adéquates de droit des sociétés, afin qu'ils puissent bénéficier, au besoin, de ce dispositif.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel est obligatoire, sous réserve des cas de dispense définis à l'article 4 du présent accord.

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié. La cotisation des ayants droit est à la charge exclusive des salariés.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Peuvent à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche se dispenser d'adhérer au présent régime frais de santé, conformément aux dispositions réglementaires, en fournissant les justificatifs correspondants et à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande :

– les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée bénéficiaires d'un contrat de travail au moins égal à 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

– les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée de moins de 12 mois ou sous contrat de mission, sans aucune condition particulière ;

– les apprentis et salariés à temps partiel dont la cotisation excède 10 % de leur rémunération brute ;

– les salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

– les salariés bénéficiant d'un contrat individuel frais de santé à la date de mise en place ou d'embauche, si celle-ci est postérieure, peuvent être dispensés d'adhésion jusqu'à l'échéance annuelle de leur contrat individuel ;

– les salariés bénéficiaires d'un autre régime collectif de complémentaire santé conforme à ceux fixés par arrêté ministériel du 26 mars 2012, y compris en qualité d'ayant droit (à condition que ce soit à titre obligatoire), peuvent demander, par écrit, à être dispensés d'affiliation au régime de santé, sous réserve de justifier chaque année de cette couverture obligatoire ;

– les salariés à employeurs multiples qui bénéficient déjà par ailleurs pour les mêmes risques d'une couverture collective obligatoire instaurée par leur employeur. La preuve de cette couverture doit être apportée chaque année.

En aucun cas une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Les salariés concernés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord ou à l'embauche du salarié concerné si elle est postérieure à cette mise en place. A défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1er et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1er janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le premier jour du mois suivant la demande.

Article 5

Organisme recommandé par la branche

A l'issue de la procédure réglementaire d'appel d'offres suivie, après la publication en date du 17 juillet 2015, de l'avis d'appel public à la concurrence y afférent, les partenaires sociaux choisissent de recommander, au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer le régime collectif et obligatoire de couverture complémentaire de frais de santé prévu par le présent accord, l'organisme d'assurance suivant : AG2R Réunica Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale.

La recommandation s'applique pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2016.

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'entrée en vigueur du présent accord. A cette fin, ils se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 6

Financement du régime et garanties versées aux bénéficiaires

Le régime collectif et obligatoire de branche frais de santé obligatoire comprend un seul niveau de garanties.

6.1. Cotisation :

Régime collectif CCN à adhésion obligatoire pour le salarié uniquement

Personnel actif

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL Alsace-Moselle
	Taux en % du PMSS	
Cotisation salarié obligatoire	1,25 %	0,73 %
Cotisation conjoint facultative	1,39 %	0,81 %
Cotisation enfant facultative (avec gratuité à compter du 3e)	0,81 %	0,49 %

Catégorie loi Evin

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL Alsace-Moselle
	Taux en % du PMSS	
Cotisation ancien salarié	1,71 %	1,00 %
Cotisation conjoint facultative	1,71 %	1,00 %
Cotisation enfant facultative (avec gratuité à compter du 3e)	0,81 %	0,49 %

b) Répartition

La cotisation salarié obligatoire ci-dessus est répartie entre l'entreprise adhérente et le salarié participant selon les taux suivants : 50 % pour l'entreprise et 50 % pour le salarié, la quote-part salariale étant retenue mensuellement par prélèvement sur la rémunération brute du salarié et figurant sur le bulletin de paie. Les cotisations conjoint et enfant facultatives sont à la charge exclusive du salarié.

c) Révision

Le taux de cotisation salarié obligatoire total prévu au *a* est fixé pour une durée de 2 ans à compter de l'entrée en vigueur du régime. Il pourra toutefois être réévalué au vu de l'évolution de l'environnement législatif ou réglementaire.

A l'issue de cette période de 2 années, un autre montant pourra être fixé par la commission paritaire de la convention collective en fonction des résultats techniques et financiers du régime d'un côté, des études prospectives conçues à cet effet d'un autre côté, sur proposition de l'organisme assureur.

Les taux de cotisation conjoint, enfant et loi Evin facultatifs sont quant à eux révisables tous les ans à compter de l'entrée en vigueur du présent régime.

Conformément au décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés, pour les salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié sont réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

6.2. Garanties :

Le niveau des prestations respecte *a minima* le niveau des garanties instauré par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 et les contraintes du « contrat responsable » instaurées par les dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (annexe I).

6.3. Ayants droit des assurés :

Dans le cas de la mise en place du régime obligatoire pour les salariés, la couverture sera étendue facultativement au profit de :

– son conjoint ;
– son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec le participant. Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le participant, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le greffe du tribunal d'instance.

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

Les enfants à charge répondant à la définition suivante :

– les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation de la sécurité sociale et, par extension :
– les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale, à savoir :
  – les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
  – les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
– quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
  – pris en compte dans le calcul du quotient familial ;
  – ou ouvrant doit à un abattement applicable au revenu imposable ;
  – ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

Dans le cadre de la structure de cotisations « adulte/enfant », à compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « adulte » ;

– toute personne à charge du participant, au sens des assurances sociales.

6.4. Garanties en cas de suspension du contrat de travail :

6.4.1. Suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou par un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, si celui-ci souhaite conserver

cette couverture, à condition qu'il règle directement à l'organisme assureur par prélèvement automatique sur son compte bancaire l'intégralité des cotisations (part patronale + part salariale).

6.4.2. En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou par un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisation à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 7

Portabilité de la complémentaire santé

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. 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 est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa ;

7. Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Article 8

Maintien des garanties

Le régime frais de santé propose, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » :

– les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité et d'invalidité ;

– les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;

– les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;

– les ayants droit de l'assuré décédé pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Article 9

Action sociale de la branche. – Solidarité. – Prévention santé

Le présent accord instaure un régime frais de santé collectif et obligatoire présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Conformément aux dispositions réglementaires, 2 % des cotisations sont alloués au financement d'actions de prévention de santé et aux prestations d'action sociale des salariés de la branche. Afin d'accompagner les salariés dont la situation professionnelle est précaire ou fragile et de déployer un dispositif de prévention des risques, un fonds collectif est institué.

Ce fonds social est géré par l'organisme recommandé par la branche selon l'article 5 du présent accord. Le fonds social est dédié aux seuls salariés cotisant auprès de l'organisme recommandé.

Le déploiement du haut degré de solidarité par l'organisme recommandé pour la gestion du présent régime obligatoire est programmé dans la limite des sommes versées dans le fonds social et disponibles.

Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité seront définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et ledit organisme recommandé.

Article 10

Accompagnement des entreprises et des salariés

Notice d'information individuelle : l'employeur informe chaque salarié bénéficiaire de la complémentaire santé ainsi que tout nouvel embauché. A cette fin, il leur remettra une notice d'information détaillée résumant l'ensemble des garanties et leurs modalités d'application. De la même manière, les salariés sont tenus informés par leur employeur de toute évolution future des garanties et des cotisations.

Article 11

Evolution des garanties et cotisations du régime

A tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et/ou des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes du présent accord. Une information générale sera effectuée auprès des employeurs et des salariés de la profession par la branche. La cotisation pourra être révisée dans le cadre du suivi prévu à l'article 12 du présent accord et devra faire l'objet d'un avenant négocié en commission paritaire nationale.

Article 12

Suivi

L'organisme assureur recommandé communique au minimum semestriellement et à la demande de la commission les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et le décret d'application du 30 août 1990. A l'occasion de ce rapport, est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs.

Il fait un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre, assorti d'un bilan financier annexé au rapport, prévu au premier alinéa de l'article, ainsi qu'un bilan du fonds social et des sommes allouées à ce titre.

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

Article 13

Modalités de révision. – Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il fait partie intégrante de la convention collective ; il pourra donc faire l'objet d'une révision conformément aux dispositions de la convention collective à la demande de l'une ou de l'autre des parties signataires.

La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9, L. 2261-10, L. 2261-11, L. 2261-13, L. 2261-14 du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

Article 14

Durée. – Entrée en vigueur

L'accord entre en vigueur le 1er janvier 2016 pour une durée indéterminée.

Article 15

Dépôt

Conformément aux articles L. 2231-6, L. 2231-7, D. 2331-2 et D. 2231-3 du code du travail, le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du ministre chargé du travail.

Article 16

Extension

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Fait à Paris, le 23 février 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Garanties à effet du 1er 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.

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	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	100 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % FR, limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	150 % BR médecins adhérents CAS 100 % BR médecins non adhérents CAS	
Chambre particulière (y compris maternité)	1 % du PMSS par jour	
Transport remboursé par la sécurité sociale		
Transport	100 % BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR médecins adhérents CAS 100 % BR médecins non adhérents CAS	
Spécialistes (consultations et visites)	150 % BR médecins adhérents CAS 100 % BR médecins non adhérents CAS	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR médecins adhérents CAS 100 % BR médecins non adhérents CAS	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % BR médecins adhérents CAS 100 % BR médecins non adhérents CAS	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses	100 % BR	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale		
Pharmacie	100 % BR	
Appareillages remboursés par la sécurité sociale		
Prothèses auditives Orthopédie et autres prothèses	100 % BR 100 % BR	

Soins, prothèses dentaires et orthodontie :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Dentaire remboursé par la sécurité sociale		
Soins dentaires	100 % BR	
Inlay simple, onlay	100 % BR	
Prothèses dentaires	225 % BR	
Inlay core et inlay à clavettes	225 % BR	
Orthodontie	225 % BR	
Dentaire non remboursé par la sécurité sociale		
Prothèses dentaires (1)	225 % BR	
Implants dentaires (2)	225 % BR	

(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, piliers de bridge à recouvrement partiel.

(2) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
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 mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.		
Monture	RSS + 100 €	
Verre simple Verre complexe Verre très complexe	RSS + 100 euros / verre RSS + 150 euros / verre RSS + 150 euros / verre	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale (€ par an)	100 % BR	

ADULTE (≥ 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE de verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de – 6 à + 6	100 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	150 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	150 €

ADULTE (≥ 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE de verre
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de – 6 à + 6	100 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à – 6 et > à + 6	150 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de – 6 à + 6	150 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de – 4 à + 4	100 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à – 4 ou > à + 4	150 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout cylindre	de – 8 à + 8	100 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à – 8 ou > à + 8	150 €

ENFANT (< 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE de verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de – 6 à + 6	100 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	150 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	150 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de – 6 à + 6	100 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à – 6 et > à + 6	150 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de – 6 à + 6	150 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de – 4 à + 4	100 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à – 4 ou > à + 4	150 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout cylindre	de – 8 à + 8	100 €

ENFANT (< 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE de verre
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à – 8 ou > à + 8	150 €

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticiens inscrits auprès d'une association agréée)	45 euros par séance limité à 2 actes par année civile/par bénéficiaire	
Actes de prévention		
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 (voir liste ci-dessous)	100 % BR	
– Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans – Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum – Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans – Dépistage de l'hépatite B – Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : *a)* Audiométrie tonale ou vocale ; *b)* Audiométrie tonale avec tympanométrie ; *c)* Audiométrie vocale dans le bruit ; *d)* Audiométrie tonale et vocale ; *e)* Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ; – Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans – Vaccinations suivantes, seules ou combinées : *a)* Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; *b)* Coqueluche : avant 14 ans ; *c)* Hépatite B : avant 14 ans ; *d)* BCG : avant 6 ans ; *e)* Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; *f) Haemophilus influenzae* B : infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; *g)* Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.		
Garantie assistance	Néant	

Cette garantie est limité à un paiement par enfant déclaré.

Abréviations :

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.