

**Convention collective**  
**ENTREPRISES D'AMBULANCES**  
**IDCC : 3123. – Ouvriers, employés et techniciens**  
**(Guyane)**

ACCORD DU 2 MARS 2015  
RELATIF AU SOCLE MINIMAL DE « PROTECTION SANTÉ »

NOR : ASET1650631M  
IDCC : 3123

Entre :

Le SPAG ;

Le MEDEF Guyane ;

La CGPME Guyane ;

L'USAG,

D'une part, et

La CDTG ;

L'UD CFTC Guyane ;

L'UD FO Guyane,

D'autre part,

est conclu le présent accord portant création d'une obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de protection santé dans les entreprises exerçant les activités de transport sanitaire en Guyane.

**PRÉAMBULE**

Les partenaires sociaux du transport sanitaire de Guyane affirment leur volonté de contribuer à l'amélioration de la protection sociale de leurs salariés et estiment que la mise en place, au niveau conventionnel, d'un socle minimal de protection santé dans les conditions fixées par le présent accord répond à leur volonté :

- de couvrir l'ensemble des salariés du secteur et de pouvoir s'assurer de l'effectivité de cette généralisation de la couverture ;
- de sécuriser le régime mis en place, notamment financièrement, et de faire bénéficier les salariés concernés d'une réelle solidarité ;
- de donner un sens à la politique de prévention en matière de santé que doivent promouvoir les partenaires sociaux ;
- de garantir à tous les salariés du secteur l'unicité du coût de la couverture et sa stabilité tarifaire.

Les dispositions du présent accord s'inscrivent dans le cadre des « contrats responsables » conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

La création d'une couverture de cette nature, au niveau de la branche, ne saurait remettre en cause les contrats « complémentaire santé » obligatoires préexistant dans les entreprises ayant anticipé cette démarche d'avancée sociale et respectant les dispositions applicables lors de la mise en œuvre du présent accord en entreprise.

Au regard de la réalité structurelle des entreprises du transport sanitaire (le tissu des entreprises du transport sanitaire étant majoritairement constitué de petites, voire de très petites entreprises), le présent accord est porteur d'une clause de recommandation (conformément à l'article 14 – clauses de recommandation de la loi de finances 2014, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale) de l'organisme assureur afin d'élargir la couverture de la mutualisation, et ce pour contribuer à la maîtrise des engagements financiers qu'il implique.

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

### *Champ d'application*

#### *a) Entreprises*

Le présent accord est applicable aux entreprises de transport sanitaire relevant du champ d'application de la convention collective régionale des ouvriers, employés et techniciens des entreprises d'ambulances de la Guyane.

#### *b) Salariés bénéficiaires*

Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble des salariés des entreprises susvisées dès lors qu'ils justifient d'une ancienneté dans l'entreprise d'au moins 6 mois. Ce délai est préfixe et n'est susceptible ni de suspension ni d'interruption.

Le choix de la formule (voir annexe) sera fixé par entreprise, en fonction de sa démographie, sur proposition de l'assureur, et sera révisable tous les ans.

Peuvent être dispensés d'adhésion :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires 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 jusqu'à l'échéance du contrat ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si celle-ci est postérieure jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (arrêté relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises).

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

### c) Ayants droit

Les salariés visés au point *b* de l'article 1<sup>er</sup> du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint couvert ou non par la sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié. Est assimilé au conjoint :
  - le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la sécurité sociale faisant foi) ;
  - la personne liée par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le(s) enfant(s) de moins de 21 ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants affiliés à la sécurité sociale des étudiants, pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

## Article 2

### *Garanties du régime*

Les prestations (nature et niveau) du régime de base de la « complémentaire santé » figurent en annexe. La couverture exclut la prise en charge :

- des dépassements d'honoraires autorisés, à l'exception de ceux visés par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins ;
- de la participation forfaitaire pesant sur l'assuré pour les actes et consultations visés à l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale ;
- des franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires relevant de l'article L. 322-2-III du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

L'organisme assureur procède aux versements des prestations :

- au vu des décomptes originaux des prestations en nature ;
- grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ;
- sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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

## Article 3

### *Choix de l'organisme assureur*

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et sans préjudice de l'article 7 du présent accord, les partenaires sociaux ont décidé d'organiser une mutualisation des risques pour une durée de 5 ans auprès d'un organisme recommandé comme assureur : AG2R La Mondiale.

Une convention est établie entre les partenaires sociaux signataires du présent accord et cet organisme recommandé. Celle-ci devra en outre préciser :

- les modalités d’information des entreprises et de l’ensemble des salariés du secteur professionnel sur le contenu du présent accord, y compris les régimes optionnels et améliorés ainsi que la prise en charge des ayants droit ;
- la méthodologie qu’elle entend adopter pour contrôler les modalités d’application de l’accord dans les entreprises du secteur, et notamment la conformité des contrats préexistants en entreprise conformément aux dispositions prévues à l’article 7.

Il est annexé à ladite convention un document récapitulatif de l’ensemble des garanties proposées.

Le choix de l’organisme assureur recommandé sera réexaminé par la commission spécifique « appel d’offres » visée à l’article 10 au plus tard dans les 6 mois qui précèdent l’expiration de la période de 5 ans rappelée ci-dessus, conformément aux dispositions de l’article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de changement d’organisme assureur recommandé, ce changement devra se faire sans rupture temporelle de la couverture des salariés au titre de la « complémentaire santé ».

#### **Article 4**

##### *Obligation de l’organisme assureur*

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur :

- l’entreprise employeuse est tenue de remettre à chaque salarié présent dans l’entreprise à la date de mise en œuvre du régime de protection santé ainsi qu’à tout nouvel embauché une notice d’information sur ledit régime : cette notice est établie sous la responsabilité de l’organisme assureur.

L’organisme assureur est tenu de :

- garantir la prise en charge de la suite des états pathologiques antérieurs à l’entrée en application du présent accord ;
- proposer une gamme de garanties complémentaires facultatives pour le salarié et/ou ses ayants droit. L’adhésion à ces garanties complémentaires est facultative et son coût, en l’absence de disposition spécifique en entreprise, repose intégralement sur le salarié.

En outre, sous réserve de l’évolution de la réglementation sociale et fiscale et des niveaux de remboursement de l’assurance maladie obligatoire, il est demandé à l’organisme assureur visé par l’article 3 du présent accord de garantir pour 5 ans aux entreprises et aux salariés une stabilité tarifaire et de couverture, quelles que soient les modalités de mise en œuvre retenues par ledit organisme assureur.

#### **Article 5**

##### *Financement*

L’entreprise est tenue de consacrer au financement du régime de base figurant en annexe au présent accord un montant minimal équivalent à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié et par mois.

La cotisation totale (part patronale et part salariale) au régime de base obligatoire de branche est pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime général de 1 % du PMSS par salarié et par mois.

La cotisation est due, pour chaque salarié bénéficiaire, au terme du sixième mois civil entier suivant l’embauche.

En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, démission ou rupture conventionnelle) au cours du mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due.

## **Article 6**

### *Cessation des garanties et cas de maintien des droits*

En dehors de l'hypothèse visée à l'article 12 du présent accord, l'adhésion prend fin en cas de décès ou de rupture du contrat du salarié (départ en retraite, sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle).

La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié, pour la durée du dernier contrat de travail en vigueur dans l'entreprise, appréciée en mois entiers dans limite de 9 mois, avec effet le jour du mois qui suit la rupture du contrat de travail. Cette disposition pourra évoluer selon les modifications législatives à venir.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires de la portabilité en cas de reprise d'une activité professionnelle :

- dès qu'ils ne peuvent plus justifier du statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- au plus tard au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article 14 de l'ANI ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- en cas de décès.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelque cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prorogée d'autant.

- les bénéficiaires du mécanisme de maintien des couvertures santé de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de maintien des droits, à défaut de mécanisme de mutualisation, la cotisation salariale de financement du régime est à la charge de l'ancien salarié et prélevée selon les modalités prévues par le contrat signé entre l'entreprise et l'organisme assureur. En cas de changement d'organisme assureur pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation.

## **Article 7**

### *Mise en œuvre en entreprise*

Les entreprises visées à l'article 1<sup>er</sup> doivent adhérer à un organisme assureur (ledit organisme recommandé à l'article 3) à compter de la date définie à l'article 11 (date d'application du présent accord).

En application des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les contrats préexistants en entreprise avant la date de mise en œuvre seront considérés conformes au présent accord sous réserve que toutes les garanties (hormis les actes de prévention) définies dans leurs contrats soient, risque par risque, de niveau supérieur aux garanties définies dans le règlement de base du présent accord.

## **Article 8**

### *Commission de suivi de l'accord*

Il est institué, dans le cadre de la commission nationale d'interprétation et de conciliation, une commission nationale de suivi, composée des organisations professionnelles et syndicales représentatives signataires ou adhérentes au présent accord, chargée :

- de traiter des éventuelles difficultés d'interprétation et d'application de ses dispositions ;
- d'évaluer plus particulièrement les conditions et les difficultés liées à la transférabilité du droit à la « complémentaire santé » ;
- de s'assurer du respect des dispositions de l'article 7 du présent accord, de gérer les litiges liés aux conditions d'applications dudit article et de décider conjointement avec l'organisme recommandé les dossiers à porter en contentieux qui lui seront soumis sur l'appréciation de la notion du « risque par risque », de niveaux supérieurs aux garanties définies dans le régime de base du présent accord.

Les représentants de l'organisme assureur recommandé assistent aux réunions sauf lorsque la commission statue en interprétation du présent accord.

Cette commission se réunira pour la première fois dans les 3 mois à compter de la date d'application prévue à l'article 11 du présent accord, aux fins de signature de la convention avec l'opérateur recommandé.

## **Article 9**

### *Commission financière*

Afin de suivre l'évolution financière du régime mis en place par l'organisme assureur désigné et d'en contrôler l'équilibre, il est instauré une commission financière. Celle-ci sera composée de deux représentants par organisations professionnelles et syndicales représentatives.

Les représentants de l'organisme assureur désigné assistent aux réunions.

## **Article 10**

### *Commission spécifique « appel d'offres »*

Une commission spécifique « appel d'offres », composée de l'ensemble des organisations syndicales et patronales représentatives dans le transport sanitaire en Guyane, est créée par le présent accord.

Cette commission spécifique est notamment chargée, tous les 5 ans :

- d'élaborer le cahier des charges ;
- de lancer l'appel d'offres ;
- d'analyser les réponses à l'appel d'offres selon les modalités d'attribution définies par le cahier des charges ;
- d'arrêter le ou les organismes assureurs recommandés.

### **Article 11**

#### *Mise en application*

Le présent accord entre en application à sa date de signature.

### **Article 12**

#### *Dénonciation et modification*

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou à défaut pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

### **Article 13**

#### *Dépôt et extension*

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-2 et L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Cayenne, le 2 mars 2015.

(Suivent les signatures.)



## ANNEXE

### Récapitulatif des garanties proposées

Nature des frais	Niveau de couverture incluant le remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	
Frais de séjour	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires)	180% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Honoraires des médecins ayant adhéré au CAS (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires)	200% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Chambre particulière	60 Euros/jour
Forfait hospitalier engagé	100% du forfait réglementaire en vigueur
Frais d'accompagnement (1)	60 Euros/jour
<b>Transport remboursé par la Sécurité Sociale</b>	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Actes médicaux</b>	
Généralistes (consultations et visites)	130% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Généralistes (consultations et visites) - adhésion CAS	150% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Spécialistes (consultations et visites)	180% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Spécialistes (consultations et visites) - adhésion CAS	200% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Actes de chirurgie et techniques médicaux	180% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Actes de chirurgie et techniques médicaux - adhésion CAS	200% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Actes d'imagerie médicale, radiologie et échographie	180% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Actes d'imagerie médicale, radiologie et échographie - adhésion CAS	200% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Auxiliaires médicaux	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Analyses	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Prothèses Auditives (2)</b>	RSS + Crédit de 400 Euros par année civile
<b>Orthopédie et autres appareillages hors appareillages dentaires et auditifs</b>	200% Base de remboursement
<b>Maternité</b>	
Naissance d'un enfant déclaré	200 Euros
<b>Cure thermique acceptée par la Sécurité Sociale</b>	
Frais de traitement et honoraires	150% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
Frais de voyage et hébergement	200 Euros
<b>Actes de prévention au sens des dispositions fixées par le décret n°2005-1226 du 29/09/2005 (3)</b>	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale

1) Pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans, sur présentation d'un justificatif

2) L'orthopédie est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante

3) Liste des actes de prévention :

- Soitement des ulcères sur les molaires avant 14 ans

- Dépistage annuel complet sus et sous-gingival effectué au 2 séances maximum

- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans

- Dépistage de l'hyperlipidémie

- Dépistage une fois tous les cinq 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 ;

- Otorrhinolaryngologie 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) Méningite B : avant 14 ans ;

d) ROR : 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.



Nature des frais	Niveau de couverture incluant le remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Monture et verres adulte (dont une prise en charge maximum pour la monture de 150 Euros) (1) (2)</b>	
2 verres unifocaux (3) (6)	RSS + 250 Euros
2 verres unifocaux forte correction (3) (8)	RSS + 325 Euros
2 verres multifocaux ou progressifs (4) (10)	RSS + 450 Euros
2 verres multifocaux ou progressifs forte correction (4) (12)	RSS + 525 Euros
1 verre unifocal (3) (6) + 1 verre unifocal forte correction (4) (10)	RSS + 287,50 Euros
1 verre unifocal (3) (6) + 1 verre multifocal ou progressif (4) (10)	RSS + 350 Euros
1 verre unifocal (3) (6) + 1 verre multifocal ou progressif forte correction (4) (10)	RSS + 387,50 Euros
1 verre unifocal forte correction (3) (8) + 1 verre multifocal ou progressif (4) (10)	RSS + 387,50 Euros
1 verre unifocal forte correction (4) (8) + 1 verre multifocal ou progressif forte correction (4) (12)	RSS + 425 Euros
1 verre multifocal ou progressif (4) (10) + 1 verre multifocal ou progressif forte correction (4) (12)	RSS + 487,50 Euros
<b>Monture et verres enfant (dont une prise en charge maximum pour la monture de 150 Euros) (1) (2) (5)</b>	
2 verres unifocaux (3) (7)	RSS + 150 Euros
2 verres unifocaux forte correction (3) (9)	RSS + 250 Euros
2 verres multifocaux ou progressifs (4) (11)	RSS + 250 Euros
2 verres multifocaux ou progressifs forte correction (4) (13)	RSS + 310 Euros
1 verre unifocal (3) (7) + 1 verre unifocal forte correction (4) (9)	RSS + 200 Euros
1 verre unifocal (3) (7) + 1 verre multifocal ou progressif (4) (11)	RSS + 200 Euros
1 verre unifocal (3) (7) + 1 verre multifocal ou progressif forte correction (4) (13)	RSS + 230 Euros
1 verre unifocal forte correction (3) (9) + 1 verre multifocal ou progressif (4) (11)	RSS + 250 Euros
1 verre unifocal forte correction (3) (9) + 1 verre multifocal ou progressif forte correction (4) (13)	RSS + 280 Euros
1 verre multifocal ou progressif (4) (11) + 1 verre multifocal ou progressif forte correction (4) (13)	RSS + 280 Euros
<b>Lentilles (1)</b>	
Acceptées par la Sécurité Sociale	RSS + Crédit de 200 Euros par année civile
Jetables et/ou refusées par la Sécurité Sociale	
<b>Chirurgie réfractive (1) (14)</b>	Crédit de 500 Euros par oeil et par année civile

(1) L'annuité s'apprécie par année civile et la biannuité s'apprécie sur deux années civiles consécutives. La part non consommée d'une période n'est pas reportée à la période suivante.

(2) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un seul équipement composé de deux verres et d'une monture, sur deux années civiles consécutives. Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par année civile.

(3) Les garanties "forte correction" correspondent aux définitions suivantes : verre simple : foyer dont la sphère est hors zone entre -8 et +6 ou dont le cylindre est supérieur à +4.

Tout équipement ayant des corrections non comprises dans cette définition est considéré comme "de base".

(4) Les garanties "forte correction" correspondent aux définitions suivantes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone entre -8 et +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4.

Tout équipement ayant des corrections non comprises dans cette définition est considéré comme "de base".

Détail du poste optique :

(5) Moins de 15 ans

(6) Verres unifocaux simples Adultes : LPP 22 03240 - 22 87916 - 22 59968 - 22 26412

(7) Verres unifocaux simples Enfants : LPP 22 61874 - 22 42457 - 22 00393 - 22 70413

(8) Verres unifocaux complexes Adultes : LPP 22 82793 - 22 63459 - 22 80660 - 22 65330 - 22 35176 - 22 95896 - 22 84527 - 22 54886 - 22 12978 - 22 52666 - 22 88360 - 22 99523

Nature des frais	Niveau de couverture incluant le remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Soins Dentaires</b>	100% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale (y compris inlay, onlay, inlay core et inlay à clavettes)</b>	250% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale (1)</b>	200% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Orthodontie remboursée / non remboursée par la Sécurité Sociale (adulte/enfant)</b>	250% Base de remboursement de la Sécurité Sociale
<b>Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale (2)</b>	Crédit de 100 Euros par année civile
<b>Implantologie (3)</b>	400 Euros par implant

(1) Liste des actes pris en charge dans cette garantie :

- Couronnes dentaires : HBLD038 et HBLD039, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.

- Prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD402, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217 et HBLD171.

- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033 et HBLD023 ainsi que les actes annexes s'y rapportant : HBMD460, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081 et HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(2) L'annuité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante. Sont exclus les actes en lien direct avec un traitement ou prothèse ou d'implantologie.

(3) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexé (scanner, pilier, couronne), dans la limite de 3 implants par an.

SS : Sécurité Sociale

ASSISTANCE FRAIS DE SANTE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLO INFOS</li> <li>• ALLO INFOS SANTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Renseignements vie pratique, juridique et financière</li> <li>⇒ Informations médicales vie courante et préliminaires à un voyage</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ASSISTANCE EN DEPLACEMENT TEMPORAIRE</u></li> </ul> <p>Si malade ou blessé *</p> <p>En cas de décès *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Rapatriement du malade</li> <li>⇒ Présence au chevet d'un membre de la famille (prise en charge des frais de transport et d'hébergement)</li> <li>⇒ Prise en charge des médicaments à l'étranger</li> <li>⇒ D'un membre de la famille : prise en charge du transport pour assister aux obsèques d'un proche</li> <li>⇒ Du bénéficiaire : prise en charge du transport du corps</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>ASSISTANCE AU DOMICILE</u></li> </ul> <p>SERVICES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT *</p> <p>SERVICES EN CAS D'HOSPITALISATION *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Recherche de professionnels de santé et de médicaments nécessaires</li> <li>⇒ Aide ménagère à domicile</li> <li>⇒ Transfert des enfants ou petits enfants (garantie étendue en cas de décès du bénéficiaire)</li> <li>⇒ Garde des enfants</li> <li>⇒ Télévision</li> <li>⇒ Présence au chevet d'un membre de la famille (prise en charge des frais de transport et d'hébergement)</li> </ul>

(\*) Montants et éventuelles carences : se rapporter aux conditions générales de PRIMA ASSISTANCE