

Convention collective nationale
IDCC : 240. – PERSONNEL DES GREFFES
DES TRIBUNAUX DE COMMERCE
(14 novembre 1957)

AVENANT N° 93 DU 19 NOVEMBRE 2018
À L'ACCORD DU 12 DÉCEMBRE 2014 RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1950779M
IDCC : 240

Entre :
ANGTC-PLE,
D'une part, et
CSFV CFTC ;
SNPJ CFDT,
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux se sont réunis pour faire le bilan des conditions de la mutualisation et au vu des résultats favorables du régime, ils ont acté l'instauration d'un taux d'appel objet du présent avenant.

Par ailleurs, cet avenant entérine également la mise à jour des prestations pour intégrer le passage du contrat d'accès aux soins (CAS) à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique (OPTAM CO) conformément aux dispositions de la convention médicale du 25 août 2016.

Dans ce cadre, le présent avenant vient modifier les dispositions prévues par les articles 7, 8 et 9 de l'accord du 12 décembre 2014.

Article 1^{er}

Prestations

1. Garanties minimales

Le tableau figurant à l'article 7.1 « Garanties minimales » de l'accord du 12 décembre 2014 est désormais rédigé comme suit :

(Voir tableau pages suivantes.)

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes techniques médicaux				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 200 %	300 %
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (1)			1.50 % du PMSS/Nuit	1.50 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (2)			15 €/Jour	15 €/Jour

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans			20 €/Jour	20 €/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p>(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (2) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		Frais réels	Frais réels
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (1)			1.50 % du PMSS/Nuit	1.50 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (3)			10 % du PMSS	10 % du PMSS
<p>(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (3) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
OPTIQUE				
Monture (4)	60 %	95 €		60 % + 95 €
Par verre (4)				
- Simple	60 %	3 % du PMSS		60 % + 3 % du PMSS
- Complexe	60 %	5 % du PMSS		60 % + 5 % du PMSS
- Très complexe	60 %	5 % du PMSS		60 % + 5 % du PMSS
Lentilles	0 % ou 60 %	0 % ou 40 % + 5 % du PMSS/An		0 % ou 100 % + 5 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			7.5 % du PMSS/Oeil	7.5 % du PMSS/Oeil
<p>(4) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</p>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire :				
- Prothèses	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (5)			220 %	220 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 125 %	225 %
Implantologie, Parodontologie (6)			400 €/An	400 €/An
<p>(5) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables. (6) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (7)			2 % du PMSS/An	2 % du PMSS/An
(7) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HARMONIE SANTÉ SERVICES			Oui	Oui
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)				

** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE*

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.
- PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3377 € au 01/01/2019)

2. Garanties supplémentaires

Les tableaux des garanties supplémentaires figurent en annexe du présent avenant.

Article 2

Cotisations

Le point 4 de l'article 8 de l'accord du 12 décembre 2014 relatif au « Financement du régime complémentaire frais de santé » est complété de la manière suivante :

Un taux d'appel de 90 % est appliqué au montant de la cotisation, portant son montant à 2,91 % du PMSS à compter du 1^{er} janvier 2019, la répartition employeur/salarié de la cotisation demeurant inchangée.

	RÉGIME DE BASE garanties minimales obligatoires	TAUX de cotisation contractuel	TAUX appelés à compter du 1 ^{er} janvier 2019	PARTICIPATION salarié	PARTICIPATION employeur
Régime général de la sécurité sociale	Cotisation uniforme familiale	3,24 % *	2,91 % (*)	50 %	50 %
(*) En % PMSS.					

Article 3

Évolution des garanties et des cotisations du régime

L'article 9 de l'accord du 12 décembre 2014 est désormais rédigé de la manière suivante :

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

À tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes de l'accord. Une information générale sera alors toute-fois effectuée auprès des employeurs et des salariés de la profession. »

Article 4

Application de l'avenant aux entreprises de moins de 50 salariés

Compte tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 sala-

riés, dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime conventionnel de remboursement de frais de soins de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

Le présent avenant s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

Article 5

Date d'effet

Les dispositions définies au présent avenant prennent effet au 1^{er} janvier 2019.

Article 6

Formalités

Les parties signataires du présent avenant s'engagent à effectuer les formalités de dépôt et à en demander l'extension après des services du ministère compétent.

Fait à Paris, le 19 novembre 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE
GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

Garanties surcomplémentaire 1

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 65 %	165 %
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes techniques médicaux				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 200 %	300 %
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			20 % du PMSS/An	20 % du PMSS/An
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 300 %	400 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	+ 65 %	165 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (1)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (2)			15 €/Jour	15 €/Jour

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans			20 €/Jour	20 €/Jour
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (2) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ Frais réels	Frais réels
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (1)			2.50 % du PMSS/Nuit	2.50 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (3)			15 % du PMSS	15 % du PMSS
(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (3) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				
OPTIQUE				
Monture (4)	60 %		130 €	60 % + 130 €
Par verre (4)				
- Simple	60 %		4 % du PMSS	60 % + 4 % du PMSS
- Complexe	60 %		6 % du PMSS	60 % + 6 % du PMSS
- Très complexe	60 %		6 % du PMSS	60 % + 6 % du PMSS
Lentilles	0 % ou 60 %		0 % ou 40 % + 6 % du PMSS/An	0 % ou 100 % + 6 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			10 % du PMSS/Oeil	10 % du PMSS/Oeil
(4) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire :				
- Prothèses	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (5)			370 %	370 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 175 %	275 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (6)			150 %	150 %
Implantologie, Parodontologie (7)			600 €/An	600 €/An
(5) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables. (6) Prise en charge limitée aux bénéficiaires de 20 ans et moins (7) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (8)			3 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An
(8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Vaccin anti-grippal (8)			Frais réels	Frais réels

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
PREVENTION (suite)				
Autres vaccins (selon liste) (8)			25 €/An	25 €/An
(8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3377 € au 01/01/2019)

Garanties surcomplémentaire 2

Régime général	Régime Obligatoire (a titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (a titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 160 %	260 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	+ 165 %	265 %
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes techniques médicaux				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 260 %	360 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 260 %	360 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 300 %	400 %
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			25 % du PMSS/An	25 % du PMSS/An
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 400 %	500 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %	+ 165 %	265 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (1)			4 % du PMSS/Nuit	4 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (2)			15 €/Jour	15 €/Jour

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans			30 €/Jour	30 €/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p>(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(2) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p> <p>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ Frais réels	Frais réels
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (1)			4 % du PMSS/Nuit	4 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (3)			20 % du PMSS	20 % du PMSS
<p>(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(3) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
OPTIQUE				
Monture (4)	60 %	150 €		60 % + 150 €
Par verre (4)				
- Simple	60 %	5 % du PMSS		60 % + 5 % du PMSS
- Complexe	60 %	7 % du PMSS		60 % + 7 % du PMSS
- Très complexe	60 %	7 % du PMSS		60 % + 7 % du PMSS
Lentilles	0 % ou 60 %	0 % ou 40 % + 7 % du PMSS/An		0 % ou 100 % + 7 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			12.50 % du PMSS/Oeil	12.50 % du PMSS/Oeil
<p>(4) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.</p> <p>Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.</p> <p>Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.</p> <p>La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.</p> <p>Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</p>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 220 %	320 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire :				
- Prothèses	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (5)			420 %	420 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 325 %	425 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (6)			300 %	300 %
Implantologie, Parodontologie (7)			800 €/An	800 €/An
<p>(5) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p> <p>(6) Prise en charge limitée aux bénéficiaires de 20 ans et moins</p> <p>(7) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS.</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie et Microkinésithérapie (8)			4 % du PMSS/An	4 % du PMSS/An
(8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Vaccin anti-grippal (8)			Frais réels	Frais réels

Régime général	Régime Obligatoire (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
PREVENTION (suite)				
Autres vaccins (selon liste) (8)			50 €/An	50 €/An
(8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la

sécurité sociale. PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3377 € au 01/01/2019)