

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

---

AVENANT DU 8 OCTOBRE 2019  
À L'ACCORD DU 12 DÉCEMBRE 2014  
RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1951316M  
IDCC : 240

---

Entre :  
IFPPC ;  
ASPAJ ;  
ANGTC PLE ;  
AACE,

D'une part, et  
FNECS CFE-CGC ;  
CSFV CFTC ;  
SNPJ CFDT ;  
FSE CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Le présent avenant adapte à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les dispositions relatives aux garanties Frais de Santé applicables au personnel des greffes des tribunaux de commerce relevant du champ de la branche des professions réglementées auprès des juridictions.

Les partenaires sociaux ont souhaité intégrer les dispositions de la réforme dite du « 100 % santé » (instauré par l'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018), mise en œuvre par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019, adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé, et le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

Le présent avenant modifie en conséquence les dispositions prévues par l'article 7 de l'accord collectif du 12 décembre 2014, tel que modifié par l'avenant du 19 novembre 2018.

Les autres dispositions du régime conventionnel demeurent inchangées.

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

### Prestations

Le tableau de prestations figurant à l'article 7 de l'accord collectif du 12 décembre 2014 sera désormais rédigé comme suit :

#### 1. Garanties minimales

Régime général	Régime Obligatoire *	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	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
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 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes techniques 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 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 200 %	300 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Jusqu'au 31/12/2020: Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
A compter du 01/01/2021: Equipement 100 % Santé (1)(2) Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %	+ 160 %	sans reste à charge 260 %
Piles	60 %	40 %		100 %
<i>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %

	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	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				
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 (3)			1.50 % du PMSS /Nuit	1.50 % du PMSS /Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			1.50 % du PMSS /Jour	1.50 % du PMSS / Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans			20 €/Jour	20 €/Jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - 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. (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) 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 (3)			1.50 % du PMSS /Nuit	1.50 % du PMSS /Nuit
Indemnité de naissance (5)			10 % du PMSS	10 % du PMSS
(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (6)(7)(8)				sans reste à charge
- Monture				sans reste à charge
- Par verre				
Equipement tarif libre (6)(7)(8) (9)				
- Monture	60 %		99.97 €	100 €
- Par verre				
- Simple	60 %		102 €	60 % + 102 €
- Complexe	60 %		169 €	60 % + 169 €
- Très complexe	60 %		169 €	60 % + 169 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (10)	60 %		40 % + 5 % PMSS/An	100 % + 5 % PMSS/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire (10)			5 % PMSS/An	5 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			7.5 % du PMSS/Oeil	7.5 % du PMSS/Oeil
(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).				

(9) - Verres simples :  
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,  
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,  
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.  
- Verres complexes :  
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,  
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,  
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,  
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,  
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,  
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,  
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.  
- Verres très complexes :  
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,  
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,  
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,  
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.  
(10) Plafond commun

DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				sans reste à charge
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (12)			220 %	220 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 125 %	225 %
Implantologie, Parodontologie (13)(14)			400 €/An	400 €/An
Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle. (11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (12) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie(13)			2 % du PMSS/An	2 % du PMSS/An
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
HARMONIE SANTE 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.

## 2. Garanties supplémentaires

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

### Article 2

#### *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 salariés, 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 3**

#### *Date d'application*

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **Article 4**

#### *Dépôt*

Le présent avenant fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

### **Article 5**

#### *Révision, dénonciation*

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Fait à Paris, le 8 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)

# ANNEXE

## GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

### GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRE 1

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	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	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
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 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes techniques 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 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 200 %	300 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Jusqu'au 31/12/2020: Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
A compter du 01/01/2021: Equipement 100 % Santé (1)(2) Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %	+ 160 %	sans reste à charge 260 %
Piles	60 %	40 %		100 %
<i>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.</i>				
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	20 % du PMSS/An	100 % 20 % du PMSS/An

	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	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					
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 (3)			2.50 % du PMSS /Nuit	2.50 % du PMSS /Nuit	
Chambre particulière en ambulatoire (4)			2.50 % du PMSS /Jour	2.50 % du PMSS / Jour	
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 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. (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) 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 (3)			2.50 % du PMSS /Nuit	2.50 % du PMSS /Nuit	
Indemnité de naissance (5)			15 % du PMSS	15 % du PMSS	
<i>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</i>					
OPTIQUE					
Equipement 100 % Santé (6)(7)(8)				sans reste à charge	
- Monture				sans reste à charge	
- Par verre					
Equipement tarif libre (6)(7)(8) (9)					
- Monture	60 %	99.97 €		100 €	
- Par verre					
- Simple	60 %	150 €		60 % + 150 €	
- Complexe	60 %	240 €		60 % + 240 €	
- Très complexe	60 %	240 €		60 % + 240 €	
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %	
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %	
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (10)	60 %	40 % + 6 % PMSS/An		100 % + 6 % PMSS/An	
OPTIQUE (suite)					
Lentilles refusées par le régime obligatoire (10)			6 % PMSS/An	6 % PMSS/An	
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			10 % du PMSS/Oeil	10 % du PMSS/Oeil	
<i>(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</i>					

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).				
(9) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (10) Plafond commun				
<b>DENTAIRE</b>				
Soins	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				sans reste à charge
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (12)			370 %	370 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 175 %	275 %
Orthodontie non acceptée par le régime obligatoire			150 %	150 %
Implantologie, Parodontologie (13)(14)			600 €/An	600 €/An
Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle. (11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (12) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).				
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie(13)			3 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
<b>HARMONIE SANTE SERVICES</b>				
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.				



Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	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	
<b>SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
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 %
<b>SOINS COURANTS-MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
<b>SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 270 %	370 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes techniques 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 %
<b>SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 260 %	360 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 300 %	100 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Jusqu'au 31/12/2020:				
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 260 %	360 %
A compter du 01/01/2021:				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				sans reste à charge
Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %	+ 260 %	360 %
Piles	60 %	40 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.				
<b>CURES THERMALES</b>				
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

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	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	
<b>HOSPITALISATION</b>				
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 (3)			4 % du PMSS /Nuit	4 % du PMSS /Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			4 % du PMSS /Jour	4 % du PMSS / Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans			30 €/Jour	30 €/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. (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) 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.				
<b>MATERNITE</b>				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		Frais réels + 100 %	Frais réels 200 %
- Autres praticiens	100 %			
Chambre particulière avec nuitée (3)			4 % du PMSS /Nuit	4 % du PMSS /Nuit
Indemnité de naissance (5)			20 % du PMSS	20 % du PMSS
(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipement 100 % Santé (6)(7)(8)				sans reste à charge sans reste à charge
- Monture				
- Par verre				
Equipement tarif libre (6)(7)(8) (9)				
- Monture	60 %	99.97 €		100 €
- Par verre				
- Simple	60 %	159.97 €		160 €
- Complexe	60 %	260 €		60 % + 260 €
- Très complexe	60 %	260 €		60 % + 260 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (10)	60 %	40 % + 7 % PMSS/An		100 % + 7 % PMSS/An
<b>OPTIQUE (suite)</b>				
Lentilles refusées par le régime obligatoire (10)			7 % PMSS/An	7 % PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			12.5 % du PMSS/Oeil	12.5 % du PMSS/Oeil
(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.				

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) Plafond commun

DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 220 %	320 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (11)				sans reste à charge
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (11)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 320 %	420 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (12)			420 %	420 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 325 %	425 %
Orthodontie non acceptée par le régime obligatoire			300 %	300 %
Implantologie, Parodontologie (13)(14)			800 €/An	800 €/An

Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle.

(11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(12) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(14) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).

MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie(13)			4 % du PMSS/An	4 % du PMSS/An

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

HARMONIE SANTE 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.