

Brochure n° 3275

Convention collective nationale
IDCC : 1790. – ESPACES DE LOISIRS,
D'ATTRactions ET CULTURELS

AVENANT N° 62 DU 19 SEPTEMBRE 2019
À L'AVENANT N° 45 DU 28 JUIN 2013
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1951376M
IDCC : 1790

Entre :

SNDLL ;

SNELAC ;

SLA,

D'une part, et

FO ;

CFTC ;

FS CFDT ;

UNSA spectacle ;

INOVA CFE-CGC ;

FCS CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux, réunis en commission paritaire, décident de faire évoluer le régime de frais de santé obligatoire mis en place par l'avenant n° 45 du 28 juin 2013.

Le présent avenant a pour objet d'entériner les modifications apportées au régime frais de santé de la convention collective nationale espaces de loisirs, d'attractions et culturels par :

- mise à jour de la définition des ayants droit suite à la PUMA (protection universelle maladie) ;
- mise à jour des garanties suite à la réforme dite 100 % santé et lisibilité des garanties.

Article 1^{er}

Définition des ayants droit

L'article 2, « 2.2. Définition des ayants droit » est modifié comme suit :

« Bénéficiaire du présent régime en qualité d'ayants droit dans le cadre de la structure de cotisation "famille" :

- le conjoint, le partenaire lié par un Pacs et le concubin ayant une résidence commune, dès lors qu'il ne perçoit pas de revenu professionnel ou de revenu de remplacement ;
- les enfants à charge, c'est-à-dire :
 - les enfants de – 21 ans à charge du participant ou du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin au sens de la législation des allocations familiales ;
 - les enfants de – 26 ans à charge du participant ou du conjoint ou du partenaire lié par un Pacs ou du concubin au sens de la législation fiscale ;
 - les enfants inscrits à Pôle emploi en qualité de « primo demandeurs » ;
 - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes, c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié a été autorisé à déduire de son impôt sur le revenu.

Par ailleurs, le conjoint qui perçoit des revenus professionnels ou des revenus de remplacement pourra adhérer aux garanties du présent régime de manière individuelle, dès lors qu'il acquitte une cotisation spécifique ; cette adhésion n'ouvre pas au droit à portabilité.

Article 2

Garanties

L'article 4 de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 intitulé « Garanties » est modifié comme suit à compter du 1^{er} janvier 2020 :

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

FR : frais réels engagés par le bénéficiaire.

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

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

DPTM (dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) :

- OPTAM/OPTAM-CO ;
- OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée ;
- OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie-obstétrique.

€ : euro.

PLV : prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire ;

HLF : honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		200% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : :	200% BR 180% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		40€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		30€ par jour	Néant

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	140% BR 120% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	190% BR 170% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	190% BR 170% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100% BR
Médicaments :		
► remboursés SS		100% BR
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		100% BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		135% BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR
AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives		265% BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)		100% BR
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire		RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		

Equipements libres ^(****) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	265% BR ^(***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	120% BR ^(***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ^(*)	100% BR

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONN E	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	220% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	270% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	220% BR	
Inlay core	270% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	200% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		95€
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		75€
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RSS + Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + crédit de 100€ sur 2 années consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 100€ sur 2 années consécutives	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise

adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	45 €	45 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	90 €	62,5 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	45 €	45 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	45 €	45 €
		SPH > 0 et S > + 6	105 €	65 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	105 €	65 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	105 €	65 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	120 €	120 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	135 €	135 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	120 €	120 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	120 €	120 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135 €	135 €
		SPH > 0 et S > + 8	135 €	135 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	135 €	135 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	300€

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

MESURES D' ACTIONS INDIVIDUELLES

**AU PROFIT DES SALARIES / ANCIENS SALARIES ASSURÉS AU CONTRAT DE FRAIS DE SANTÉ
(LEURS AYANTS - DROIT SI COUVERTS AU TITRE DUDIT CONTRAT)
ET OUVRANT DROIT AU BENEFICE DES GARANTIES DU CONTRAT**

PROGRAMME	NATURE DES ACTIONS A COMPTER DU 01.04.2019
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie.</p> <p>Promotion des consultations de prévention à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie "M'T Dents"⁽¹⁾. Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont prises en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire » sous réserve que la garantie soit souscrite au contrat Frais de santé.</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.</p> <p>(1) à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.</p>
Cancers : traitement et prévention de leurs récurrences	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opéré ratoire, d'un cancer	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM).</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).</p>
Prévention des récurrences de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p>
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.

Option 1

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
 CCAM : Classification commune des actes médicaux
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
 € : Euro
 FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
 HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
 TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONN E	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		Néant	
Forfait journalier hospitalier		Néant	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 30% BR + 20% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		+ 15€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 15€ par jour	Néant

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	Néant

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONN E	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 30% BR + 30% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 30% BR + 30% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50% BR + 50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50% BR + 30% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		20€ par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Crédit de 20€ par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		Néant
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		Néant
Médicaments :		
► remboursés SS		Néant
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		Néant
► non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 20€ par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		+ 30% BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		Néant
AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives		+ 30% BR
Piles et autres consommables ou accessoires		Néant

remboursés SS (*)	
A COMPTER DU 01.01.2021 :	
Equipements 100 % Santé ^(**) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	Néant
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	
Equipements libres ^(****) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 30% BR ^(***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	Néant
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ^(*)	Néant

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONN	NON
	E	CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	Néant	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maitrisé ^(**)		
Inlay, onlay	+ 100% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	+ 30% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 30% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	+ 100% BR	
Inlay core	+ 30% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 30% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	Néant	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 25% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ^(*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Néant	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	Néant	
Equipements libres ^(***) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	+ 5€	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)	+ 15€	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	Néant	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	Néant	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	Néant	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 100€ sur 2 années consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 100€ sur 2 années consécutives	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance de l'équipement optique.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoides ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALX / MULTIFOCALX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 15 €	+ 15 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 40 €	+ 25 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 15 €	+ 15 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 15 €	+ 15 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 55 €	+ 35 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 55 €	+ 35 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 55 €	+ 35 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 30 €	+ 30 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 40 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 30 €	+ 30 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 30 €	+ 30 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 40 €	+ 40 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 40 €	+ 40 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 40 €	+ 40 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	100€
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Néant

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Option 2

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

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

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

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

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		Néant	
Forfait journalier hospitalier		Néant	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	+ 80% BR + 20% BR	
Chambre particulière		+ 20€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 20€ par jour	Néant

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	Néant

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 80% BR + 80% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 80% BR + 30% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 100% BR + 50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 80% BR + 30% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30€ par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Crédit de 30€ par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		Néant
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		Néant
Médicaments :		
► remboursés SS		Néant
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		Néant
► non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 30€ par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		+ 80% BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		Néant

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	+ 80% BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	Néant	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	Néant	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 80% BR (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	Néant	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	Néant	

(*) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONN	NON
	E	CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	Néant	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay	+ 200% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	+ 200% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 80% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	+ 200% BR	
Inlay core	+ 200% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 80% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	Néant	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 50% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ^(*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Néant	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	Néant	
Equipements libres ^(***) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	+ 5€	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)	+ 25€	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe A	Néant	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe B	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	Néant	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	Néant	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 200€ sur 2 années consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 200€ sur 2 années consécutives	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un

équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance de l'équipement optique.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALX / MULTIFOCALX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 35 €	+ 35 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 60 €	+ 45 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 35 €	+ 35 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 35 €	+ 35 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 75 €	+ 55 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 75 €	+ 55 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 75 €	+ 55 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 50 €	+ 50 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 60 €	+ 60 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 50 €	+ 50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 50 €	+ 50 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 60 €	+ 60 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 60 €	+ 60 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 60 €	+ 60 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	150% BR
Frais de voyage et hébergement	200€
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Néant

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Option 3

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

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

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

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

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONN E	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		Néant	
Forfait journalier hospitalier		Néant	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : Autres honoraires	+ 130% BR + 20% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		+ 30€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 30€ par jour	Néant

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	Néant

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 180% BR + 80% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 150% BR + 30% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 200% BR + 50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 130% BR + 30% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité pour les enfants (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		40€ par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Crédit de 40€ par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		Néant
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		Néant
Médicaments :		
► remboursés SS		Néant
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		Néant
► non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 40€ par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		+ 130% BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		Néant

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONN E	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	+ 130% BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	Néant	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	Néant	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (***):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 130% BR (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	Néant	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	Néant	

(*) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONN	NON
	E	CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	Néant	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay	+ 300% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	+ 300% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 130% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	+ 300% BR	
Inlay core	+ 300% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 130% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	Néant	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 100% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé ^(*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Néant	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	Néant	
Equipements libres ^(***) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	+ 5€	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)	+ 25€	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe A	Néant	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe B	Néant	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	Néant	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	Néant	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 200€ sur 2 années consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 200€ sur 2 années consécutives	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an

lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance de l'équipement optique.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 55 €	+ 55 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 80 €	+ 65 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 55 €	+ 55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 55 €	+ 55 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 95 €	+ 75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 95 €	+ 75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 95 €	+ 75 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 80 €	+ 80 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 90 €	+ 90 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 80 €	+ 80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 80 €	+ 80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 90 €	+ 90 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 90 €	+ 90 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 90 €	+ 90 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	270% BR
Frais de voyage et hébergement	300€
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 100€

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Article 3

Date d'effet. – Dépôt. – Extension

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, ainsi que de demande d'extension, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Le présent avenant sera déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 19 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)