

Convention collective nationale

IDCC : 7517 | **INGÉNIEURS ET CADRES D'EXPLOITATIONS AGRICOLES**
(2 avril 1952)

(Étendue par arrêté du 13 octobre 1953,
Journal officiel du 28 octobre 1953)

Avenant n° 50 du 24 juin 2019

NOR : AGRS2097096M

IDCC : 7517

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération nationale de la propriété privée rurale ;

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

Fédération nationale du bois ;

Entrepreneurs des territoires,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Fédération de l'agriculture CFTC-Agri ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;

Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les organisations patronales et salariales conviennent de réviser la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises et exploitations agricoles du 2 avril 1952 afin d'améliorer les garanties du régime frais de santé, en les adaptant toutefois à la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y

compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er}

La convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est modifiée comme suit :

Le 2^e alinéa de l'article 1^{er} « Champ d'application » est remplacé comme suit :

« Sont ainsi visées toutes les entreprises et exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, dont l'activité est définie par le code rural et de la pêche maritime aux articles L. 722-1, 1^o, 2^o (à l'exception des entreprises des parcs et jardins dont l'activité est définie au 2^o de l'article L. 722-2 du même code), 3^o et 4^o et L. 722-20, 2^o, 3^o et 7^o. »

Au 4.2 « Taux de cotisations et répartitions » de l'article 4, le 2^e alinéa du paragraphe « Dis-
penses d'affiliation » est remplacé par l'alinéa suivant :

« 2. Bénéficiaires de la CMU-C ou d'une assurance individuelle frais de santé

Quelle que soit leur date d'embauche, peuvent demander à être exclus de la garantie frais de santé et donc de ne bénéficier que partiellement du régime national de prévoyance :

- les salariés bénéficiaires de la CMU-C : dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle santé au moment de leur embauche : dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. »

L'article 14 « Rente d'éducation » est remplacé comme suit :

« En cas de décès d'un salarié, en activité ou dans l'une des situations de maintien de garanties prévue aux articles 9.2 et 9.3, il est versé à chaque enfant à charge tel que défini à l'article 10 de la présente convention, une rente d'éducation dont le montant annuel est calculé forfaitairement sur 5 000 points.

La valeur du point est fixée annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur.

Son montant fait l'objet d'une approbation préalable obligatoire de la commission nationale paritaire. »

À l'article 17 « frais de santé », est ajouté le sous article 17.5 suivant :

« 17.5 Maintien gratuit de la garantie frais de santé aux ayants droit d'un participant décédé

Les ayants droit d'un participant décédé bénéficient de la garantie frais de santé à titre gratuit jusqu'à la fin des 12 mois civils suivant le décès. »

L'annexe II de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est supprimée et remplacée par l'annexe II jointe au présent avenant.

Article 2

Ces modifications prennent effet au 1^{er} janvier 2020.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 24 juin 2019

(Suivent les signatures)

Annexe II Tableau des garanties santé prenant effet au 1^{er} janvier 2020

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

(Voir page suivante.)

Tableau des garanties santé CCN 52 – Régime hors Alsace Moselle

Nature des frais	(RO) Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	330% BR	400% BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	130% BR	200% BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	330% BR	400% BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	130% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	100% BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% à 70% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étioopathie, homéopathie	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	100% FR - RO	100% FR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60% BR ou 100% BR	240% ou 200% BR	300%BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80% ou 100% BR	120% ou 100% BR	200% BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	320% BR ou 300% BR	400%BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	120% BR ou 100% BR	200%BR
- Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire :	-		
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
MATERNITE			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}
OPTIQUE			
	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)		
	Plafond de 30€ pour la monture de classe A et de 100€ pour la monture de classe B		
Équipements 100% Santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture + 2 Verres	60% BR	100% FR - RO	100% FR
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Autres équipements			
-Monture Classe B + 2 verres Classe A ⁽⁷⁾	60% BR	Monture : 100€ - RO Verres : 100% FR - RO	Monture : 100€ Verres : 100% FR
-Monture + 2 verres simples Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	420€ - RO	420€
-Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	560€ - RO	560€
-Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	700€ - RO	700€
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	40% BR +470€/an/bénéficiaire	100% BR +470€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1250€/an/bénéficiaire	1250€/an/bénéficiaire

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Soins (hors 100% Santé)	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	70% BR	410% BR	480% BR
- prothèses à honoraires libres	70% BR	410% BR	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	330% BR ou 300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 ⁽⁷⁾	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385€/an/bénéficiaire	Crédit de 385€/an/bénéficiaire
CURES THERMALES			
Honoraires de surveillance médicale	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires médicaux ⁽²⁾	70% BR	30% BR	100% BR
Frais de soins et de séjour	65% ou 70% BR	35% BR ou 30% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire	100% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65% ou 100% BR	135% BR ou 100% BR	200% BR
Assistance	-	INCLUS	INCLUS
Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

Tableau des garanties santé CCN 52 – Régime Alsace-Moselle

Nature des frais	(RO) Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	310% BR	400% BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	110% BR	200% BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	310% BR	400% BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	110% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	90% ou 100% BR	10% ou 0% BR	100% BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	90% BR	10% BR	100% BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% à 90% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires de médecins doux : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étiopathie, homéopathie	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90% BR	10%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	80% BR	20%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90% BR ou 100% BR	210% ou 200% BR	300%BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100% BR	100% BR	200% BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	300% BR	400%BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	200%BR
- Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire :			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
MATERNITE			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 ^{ème}
OPTIQUE			
	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)		
	Plafond de 30€ pour la monture de classe A et de 100€ pour la monture de classe B		
Équipements 100% Santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture + 2 Verres	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Autres équipements			
- Monture Classe B + 2 verres Classe A ⁽⁷⁾	90% BR	Monture : 100€ - RO Verres : 100% FR - RO	Monture : 100€ Verres : 100% FR
- Monture + 2 verres simples Classe B ⁽⁸⁾	90% BR	420€ - RO	420€
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	90% BR	560€ - RO	560€
- Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B ⁽⁸⁾	90% BR	700€ - RO	700€
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	10% BR +470€/an/bénéficiaire	100% BR +470€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1250€/an/bénéficiaire	1250€/an/bénéficiaire

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Soins (hors 100% Santé)	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	90% BR	390% BR	480% BR
- prothèses à honoraires libres	90% BR	390% BR	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	90% ou 100% BR	310% BR ou 300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽⁷⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385€/an/bénéficiaire	Crédit de 385€/an/bénéficiaire
CURES THERMALES			
Honoraires de surveillance médicale	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires médicaux ⁽²⁾	90% BR	30% BR	100% BR
Frais de soins et de séjour	65% ou 90% BR	35% BR ou 10% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire	100% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	100% BR	100% BR	200% BR
Assistance	-	INCLUS	INCLUS
Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8)

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.

Tableau des prestations d'assistance (par an et par bénéficiaire)

<p>Les prestations d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances,</p> <p>7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 - depuis la France et l'étranger</p>	
Informations et services santé	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde: 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger