

Brochure n° 3085 | Convention collective nationale

**IDCC : 16 | TRANSPORTS ROUTIERS ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES  
DU TRANSPORT**

**Avenant n° 1 du 11 février 2020**

à l'accord du 25 septembre 2015  
relatif à l'obligation conventionnelle de souscrire  
un socle minimal de « protection santé »  
(transport de déménagement)

NOR : ASET2050533M

IDCC : 16

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

**OTRE ;**

**TLF ;**

**FNTR ;**

**CNM,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTE CFDT ;**

**SNATT CFE-CGC ;**

**FNST CGT ;**

**FO UNCP ;**

**FGT CFTC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Considérant l'article 51 de la loi n° 2018-1317 de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui met en place le panier de soins 100 % santé ;

Considérant le nouveau cahier des charges des contrats responsables prévu aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tels que modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;

Considérant le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 qui adapte le panier de soins minimal requis dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020 aux dispositions liées aux paniers 100 % santé ;

Considérant la nécessaire mise en conformité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 des accords de branche mettant en place un régime conventionnel de frais de santé au titre de la couverture minimale obligatoire et collective prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux conditions prévues par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

Les partenaires sociaux souhaitent par cet avenant mettre à jour les dispositions de l'accord du 25 septembre 2015 relatif à l'obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » dans les entreprises de transport de déménagement au regard des évolutions légales et réglementaires en la matière et conviennent de ce qui suit :

#### **Article 1<sup>er</sup> | Modification de l'article 2 de l'accord du 25 septembre 2015**

Le 6<sup>e</sup> alinéa de l'article 2 est réécrit comme suit :

« Le régime respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires). En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. »

#### **Article 2 | Mise à jour des prestations de la complémentaire santé**

Les prestations (nature et niveau) de la couverture complémentaire des frais de santé mise en place par l'accord du 25 septembre 2015 sont modifiées et remplacées par les nouvelles prestations annexées au présent avenant.

L'annexe 4 reste en l'état.

#### **Article 3 | Dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés**

Les dispositions du présent avenant sont applicables quel que soit l'effectif de l'entreprise sans qu'il soit nécessaire de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

#### **Article 4 | Durée et entrée en vigueur**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en application à signature, dans le respect des dispositions précisées dans les annexes.

#### **Article 5 | Dépôt et extension**

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

*Fait à Paris, le 11 février 2020.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe 1

### DEMENAGEMENT - BASE

Date d'effet : 01/01/2020

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	100% de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE</b> (radiologie, échographie, ...)	
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	100% de la BR
<b>MEDICAMENTS</b>	
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL</b> inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	100% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge intégrale
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	100% de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	0,80% du PMSS
Frais d'accompagnant par jour	
Moins de 16 ans	1% du PMSS
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% de la BR
<b>SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"</b>	
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
<b>PROTHESES</b>	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	145% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	145% de la BR
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS	150% de la BR
<b>OPTIQUE</b>	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
<b>EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)</b>	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente

<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
<b>Grille optique</b>	
A - Equipement composé de deux verres « simples »	Verres : 4,20% du PMSS / Monture : 4 % du PMSS (dans la limite globale de 420 €) (1)
B - Equipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 5,30% du PMSS / Monture : 4 % du PMSS (dans la limite globale de 560 €) (1)
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 5,30% du PMSS / Monture : 4 % du PMSS (dans la limite globale de 700 €) (1)
D - Equipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 5,30% du PMSS / Monture : 4 % du PMSS (dans la limite globale de 610 €) (1)
E - Equipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 5,30% du PMSS / Monture : 4 % du PMSS (dans la limite globale de 750 €) (1)
F - Equipement avec deux verres « très complexes »	Verres : 5,30% du PMSS / Monture : 4 % du PMSS (dans la limite globale de 800 €) (1)
<b>PRESTATION D'ADAPTATION</b>	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>LENTILLES</b>	
<b>Lentilles correctrices</b>	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	6% du PMSS tous les 2 ans (2)
<b>AIDE AUDITIVE</b>	<b>Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>
<b>EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)</b>	
<b>Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)</b>	
> Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des prix limites de vente de la classe I
> A compter du 1er janvier 2021	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
<b>Aide auditive remboursée par la SS</b>	100% de la BR par appareil
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>	
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE</b>	
Ostéopathie	80 € par an et par bénéficiaire
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT	50 € par an et par bénéficiaire (patch anti tabac)
<b>DIVERS</b>	
<b>CURE DE THALASSOTHERAPIE (DURÉE MINIMALE DE 5 JOURS CONTINUS)</b>	450 € tous les 2 ans par bénéficiaire
<b>TRANSPORT</b>	
<b>Frais de transport remboursés par la SS</b>	115% de la BR

Notes :

(1) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €.

(2) Au delà du forfait, prise en charge du TM.

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

## Annexe 2

### DEMENAGEMENT OPTION 1

Date d'effet : 01/01/2020

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	En complément du régime conventionnel
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	55% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	35% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	55% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	35% de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	45% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	85% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	65% de la BR
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	85% de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	0,40% du PMSS
Frais d'accompagnant par jour	
Moins de 16 ans	0,20% du PMSS
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	70% de la BR
<b>PROTHESES</b>	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	70% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (1)
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	70% de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	100% de la BRR
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS	70% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	100% de la BRR
<b>OPTIQUE</b>	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
<b>Grille optique</b>	
A - Équipement composé de deux verres « simples »	Verres : 1,50% du PMSS / Monture : 0,50% du PMSS (dans la limite globale de 420 €, y compris les prestations du régime de base) (2)
B - Equipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 1,80% du PMSS / Monture : 0,50% du PMSS (dans la limite globale de 560 €, y compris les prestations du régime de base) (2)
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 1,80% du PMSS / Monture : 0,50% du PMSS (dans la limite globale de 700 €, y compris les prestations du régime de base) (2)
D - Equipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 1,80% du PMSS / Monture : 0,50% du PMSS (dans la limite globale de 610 €, y compris les prestations du régime de base) (2)
E - Equipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 1,80% du PMSS / Monture : 0,50% du PMSS (dans la limite globale de 750 €, y compris les prestations du régime de base) (2)

F - Equipement avec deux verres « très complexes »	Verres : 1,80% du PMSS / Monture : 0,50% du PMSS (dans la limite globale de 800 €, y compris les prestations du régime de base) (2)
<b>LENTILLES</b>	
<b>Lentilles correctrices</b>	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	1,50% du PMSS tous les 2 ans (3)
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	7,50% du PMSS tous les 2 ans
<b>CHIRURGIE REFRACTIVE</b>	
<b>Chirurgie de la vision par an / bénéficiaire</b>	8% du PMSS par oeil (chirurgie laser de la myopie)
<b>AIDE AUDITIVE</b>	<b>Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS et régime de base
<b>Aide auditive remboursée par la SS</b>	45% de la BR par appareil
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>	
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE</b>	
<b>Ostéopathie</b>	50 € par an et par bénéficiaire
<b>DIVERS</b>	
<b>CURES THERMALES</b>	
<b>Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire</b>	
Cures thermales Honoraires	100% de la BR
Cures thermales Transport et hébergement	7% du PMSS
<b>CURE DE THALASSOTHERAPIE (DURÉE MINIMALE DE 5 JOURS CONTINUS)</b>	150 € tous les 2 ans par bénéficiaire
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>	
<b>Forfait par enfant</b>	6% du PMSS

Notes :

(1) La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.

(2) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €, y compris les prestations du régime de base.

(3) Au delà du forfait, prise en charge du TM.

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

## Annexe 3

### DEMENAGEMENT OPTION 2

Date d'effet : 01/01/2020

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS
		En complément du régime conventionnel
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)		100% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)		80% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		80% de la BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)		90% de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)</b>		
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		80% de la BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>		90% de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>		
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...		65% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>HONORAIRES</b>		
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		160% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100% de la BR
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>		160% de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
Chambre particulière par jour		1,20% du PMSS
Frais d'accompagnant par jour		
Moins de 16 ans		0,40% du PMSS
<b>DENTAIRE</b>		
<b>SOINS</b>		
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)		100% de la BR
<b>PROTHESES</b>		
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés		170% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (1)
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires maîtrisés		100% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (1)
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres		170% de la BR
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires libres		100% de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS		220% de la BRR
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS</b>		
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire		7% du PMSS
<b>ORTHODONTIE</b>		
Orthodontie remboursée par la SS		70% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS		100% de la BRR
<b>OPTIQUE</b>		Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>		
<b>Grille optique</b>		
A - Équipement composé de deux verres « simples »		Verres : 4,40% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 420 €, y compris les prestations du régime de base) (2)

B - Equipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 7,90% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 560 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 7,90% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 700 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
D - Equipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 7,90% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 610 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
E - Equipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 7,90% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 750 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
F - Equipement avec deux verres « très complexes »	Verres : 7,90% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 800 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
<b>LENTILLES</b>		
<b>Lentilles correctrices</b>		
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	2,50% du PMSS tous les 2 ans	(3)
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	8,50% du PMSS tous les 2 ans	
<b>CHIRURGIE REFRACTIVE</b>		
Chirurgie de la vision par an / bénéficiaire	10% du PMSS par oeil (chirurgie laser de la myopie)	
<b>AIDE AUDITIVE</b>	<b>Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>	
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS et régime de base	
Aide auditive remboursée par la SS	65% de la BR par appareil	
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>		
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE</b>		
Ostéopathie	90 € par an et par bénéficiaire	
<b>DIVERS</b>		
<b>CURES THERMALES</b>		
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire		
Cures thermales Honoraires	100% de la BR	
Cures thermales Transport et hébergement	8% du PMSS	
<b>CURE DE THALASSOTHERAPIE (DURÉE MINIMALE DE 5 JOURS CONTINUS)</b>	250 € tous les 2 ans par bénéficiaire	
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>		
Forfait par enfant	12% du PMSS	
<b>TRANSPORT</b>		
Frais de transport remboursés par la SS	65% de la BR	

Notes :

(1) La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.

(2) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €, y compris les prestations du régime de base.

(3) Au delà du forfait, prise en charge du TM.

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.



## Annexe 4

### DEMENAGEMENT REGIME AMELIORE 1

Date d'effet : 01/01/2020

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
En complément du régime conventionnel	
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
<b>Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)</b>	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	65% de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	60% de la BR
<b>Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)</b>	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	45% de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	40% de la BR
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	45% de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	40% de la BR
<b>Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</b>	60% de la BR
<b>Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</b>	40% de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	55% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% de la BR
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	90% de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	0,70% du PMSS
Frais d'accompagnant par jour	
Moins de 16 ans	0,50% du PMSS
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	70% de la BR
<b>PROTHESES</b>	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	70% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (1)
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	70% de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	100% de la BRR
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS	70% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	100% de la BRR
<b>OPTIQUE</b>	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
<b>Grille optique</b>	
A - Équipement composé de deux verres « simples »	Verres : 2,40% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 420 €, y compris les prestations du régime de base) (2)

B - Equipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 2,70% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 560 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 2,70% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 700 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
D - Equipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 2,70% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 610 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
E - Equipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 2,70% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 750 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
F - Equipement avec deux verres « très complexes »	Verres : 2,70% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 800 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
<b>LENTILLES</b>		
<b>Lentilles correctrices</b>		
Lentilles remboursées par la SS	3% du PMSS tous les 2 ans	(3)
Lentilles non remboursées par la SS	9% du PMSS tous les 2 ans	
<b>CHIRURGIE REFRACTIVE</b>		
Chirurgie de la vision par an / bénéficiaire	8 % du PMSS par oeil (chirurgie laser de la myopie)	
<b>AIDE AUDITIVE</b>	<b>Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>	
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS et régime de base	
Aide auditive remboursée par la SS	50% de la BR par appareil	
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>		
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE</b>		
Ostéopathie	50 € par an et par bénéficiaire	
<b>DIVERS</b>		
<b>CURES THERMALES</b>		
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire		
Cures thermales Honoraires	100% de la BR	
Cures thermales Transport et hébergement	7% du PMSS	
<b>CURE DE THALASSOTHERAPIE (DURÉE MINIMALE DE 5 JOURS CONTINUS)</b>	200 € tous les 2 ans par bénéficiaire	
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>		
Forfait par enfant	6% du PMSS	
<b>TRANSPORT</b>		
Frais de transport remboursés par la SS	15% de la BR	

Notes :

- (1) La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.  
(2) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €, y compris les prestations du régime de base.  
(3) Au delà du forfait, prise en charge du TM.

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

## Annexe 5

### DEMENAGEMENT REGIME AMELIORE 2

Date d'effet : 01/01/2020

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
En complément du régime conventionnel	
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	120% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	110% de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE</b> (radiologie, échographie, ...)	
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	110% de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL</b> inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	75% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	180% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	180% de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	1,70% du PMSS
Frais d'accompagnant par jour	
Moins de 16 ans	1% du PMSS
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% de la BR
<b>PROTHESES</b>	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	170% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (1)
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	100% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (1)
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	170% de la BR
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires libres	100% de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	220% de la BRR
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS</b>	
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	8% du PMSS
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS	70% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	100% de la BRR
<b>OPTIQUE</b>	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
Grille optique	
A - Équipement composé de deux verres « simples »	Verres : 4,80% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 420 €, y compris les prestations du régime de base) (2)

B - Equipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 9,20% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 560 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 9,20% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 700 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
D - Equipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 9,20% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 610 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
E - Equipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 9,20% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 750 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
F - Equipement avec deux verres « très complexes »	Verres : 9,20% du PMSS / Monture : 0,66% du PMSS (Dans la limite globale de 800 €, y compris les prestations du régime de base)	(2)
<b>LENTILLES</b>		
<b>Lentilles correctrices</b>		
Lentilles remboursées par la SS	4% du PMSS tous les 2 ans	(3)
Lentilles non remboursées par la SS	10% du PMSS tous les 2 ans	
<b>CHIRURGIE REFRACTIVE</b>		
Chirurgie de la vision par an / bénéficiaire	10% du PMSS par oeil (chirurgie laser de la myopie)	
<b>AIDE AUDITIVE</b>	<b>Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>	
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS et régime de base	
Aide auditive remboursée par la SS	65% de la BR par appareil	
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>		
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE</b>		
Ostéopathie	90 € par an et par bénéficiaire	
<b>DIVERS</b>		
<b>CURES THERMALES</b>		
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire		
Cures thermales Honoraires	100% de la BR	
Cures thermales Transport et hébergement	8% du PMSS	
<b>CURE DE THALASSOTHERAPIE (DURÉE MINIMALE DE 5 JOURS CONTINUUS)</b>	300 € tous les 2 ans par bénéficiaire	
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>		
Forfait par enfant	12% du PMSS	
<b>TRANSPORT</b>		
Frais de transport remboursés par la SS	75% de la BR	

Notes :

- (1) La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.  
(2) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €, y compris les prestations du régime de base.  
(3) Au delà du forfait, prise en charge du TM.

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.