

Avenant rectificatif n° 70 du 19 février 2020

à l'avenant n° 48 du 13 mars 2015
relatif à la mise en place d'un régime frais de santé

NOR : ASET2050901M

IDCC : 1921

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

UNHJ ;

HJF ;

CNCJ,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

FEC FO ;

FNSECP CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire nationale de prévoyance ont souhaité faire évoluer les garanties du régime frais de santé mis en place dans la branche par l'avenant n° 48 du 13 mars 2015 afin de prendre en compte l'évolution des textes applicables en matière de contrats responsables.

Le tableau de garantie intégrant le « 100 % santé » a été repris dans l'avenant n° 64 à l'accord de branche signé en date du 28 novembre 2019 comportant des imprécisions, il est annulé et remplacé par le présent avenant rectificatif.

Deux postes de garantie ont été rectifiés conformément au tableau figurant à l'article 1^{er} du présent avenant, il s'agit de l'optique et de l'orthodontie remboursée par la sécurité sociale : les grilles optiques sont détaillées pour chaque régime (base, option 1 et option 2) et sur le contrat de base, la prestation au titre de l'orthodontie remboursée par la sécurité sociale est de 125 % de la base de remboursement.

Les informations figurant dans le présent tableau correspondent aux remboursements appliqués depuis la mise en conformité du contrat avec les règles du « 100 % santé » soit le 1^{er} janvier 2020.

Article 1^{er} | Tableau des garanties

L'article 3.4 de l'avenant n° 48 du 13 mars 2015 relatif au régime frais de santé est modifié comme suit :

« Tableau de garanties

Régime conventionnel de base :


Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dès lors qu'elle intervient.

FRAIS COUVERTS à compter du

01/01/2020

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

H	Frais de séjour	En établissement conventionné et non conventionné	100% BR
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
HOSPITALISATION (1)		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR
	Forfait journalier hospitalier (2)	Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (3)	Non remboursé par la Sécurité sociale	30€ /jour
	Lit d'accompagnant (3)	Enfant de moins de 12 ans	30€ /jour
	Allocation maternité ou adoption plénière		Néant
DENTAIRE auprès d'un professionnel	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		Frais réels dans la limite de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur
	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (6)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	125% BR
		Inlay-onlay à tarifs modérés	100% BR
		Inlay-core à tarifs modérés	125% BR
		Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	125% BR
		Inlay-onlay à tarifs libres	100% BR
		Inlay-core à tarifs libres	125% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	125% BR reconstituée
	Implantologie	Forfait par an et par bénéficiaire	Néant
	Orthodontie (5)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	125 % BR
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	Néant
	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (7)
		y compris prestations d'appariage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (7)
		y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	par verre *****	cf grilles optique
		par monture de lunette - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	100 €
		par monture de lunette - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	80 €
	Prestation d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien (examen de la réfraction et adaptation correctrice de la vue)		100% BR
	Suppléments pour les équipements de classe B (9)		100% BR
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (8)	100%BR + 100 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (8)	100 €
	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150% BR
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement 100 % Santé** (classe I****)		sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
		Bénéficiaire dont l'âge est ≤ 20 ans ou atteint de cécité*****	107% BR
		Bénéficiaire dont l'âge est > 20 ans	150% BR
	Accessoires et fournitures		100% BR

 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		Frais réels dans la limite de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur
	Honoraires paramédicaux		
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100% BR
	Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100% BR
		Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100% BR
	Médicaments		
		Médicaments remboursés à 65%	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et automédication sans prescription médicale - par an et par bénéficiaire	Néant
		Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	15 €
	Médecine additionnelle et de prévention		
	Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	15 €
	Prestations de prévention	Prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM.CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM.CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un établissement de soins.

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(8) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(9) prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiplois, verres isochromes ;

(Voir page suivante.)

Grille optique régime conventionnel de base :

Régime conventionnel après réforme				
Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre	
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	50 €	simple
		SPH < à - 6 ou > à + 6	60 €	complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	simple
		SPH > 0 et S > + 6	60 €	complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	60 €	complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	60 €	complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	60 €	complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	60 €	très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	60 €	complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	60 €	très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	60 €	très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	60 €	très complexe

Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.




Verre complexe verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.


Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(Voir page suivante.)

Règime conventionnel option 1 :

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

H HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour	En établissement conventionné et non conventionné	200% BR
	Honoraires		
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	180% BR
	Forfait journalier hospitalier (2)	Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (3)	Non remboursé par la Sécurité sociale	60 €/jour
 DENTAIRE auprès d'un professionnel	Lit d'accompagnant (3)	Enfant de moins de 12 ans	45 €/jour
	Allocation maternité ou adoption plénière	Par enfant	100 €
	Participation forfaitaire		Frais réels
	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (6)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	120% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé		
		Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	200% BR
		Inlay-onlay à tarifs modérés	120% BR
		Inlay-core à tarifs modérés	200% BR
		Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	200% BR
		Inlay-onlay à tarifs libres	120% BR
		Inlay-core à tarifs libres	200% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	200% BR reconstituée
	Implantologie	Forfait par an et par bénéficiaire	150 €
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Orthodontie (5)		
		Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200 % BR
		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	Néant
	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (7)
		y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (7)
		y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille		par verre *****	cf grilles optique
		par monture de lunettes *****	100 €
	Prestation d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien (examen de la réfraction et adaptation correctrice de la vue)		100% BR
	Suppléments pour les équipements de classe B (9)		100% BR
	Lentilles		
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (8)	100% BR + 150€
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (8)	150 €
	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	200% BR
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
		Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	114% BR
		Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	200% BR
	Accessoires et fournitures		100% BR

 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	180% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		Frais réels dans la limite de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur
	Honoraires paramédicaux		
	Analyses et examens de laboratoire		120% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	150% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100% BR
	Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100% BR
		Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	150 €
	Médicaments		
		Médicaments remboursés à 65%	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et automédication sans prescription médicale - par an et par bénéficiaire	20 €
		Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	20 €
	Médecine additionnelle et de prévention		
	Sur présentation d'une facture nominale établie par le professionnel	Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	20 €
	Prestations de prévention	Prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(8) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(9) prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséconiques ;

(Voir page suivante.)

Grille optique régime conventionnel option 1 :

Régime conventionnel après réforme				
Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre	
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	50 €	simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	60 €	complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	simple
		SPH > 0 et S > + 6	60 €	complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	60 €	complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	60 €	complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	75 €	complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	75 €	très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	75 €	très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €	très complexe





Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.


Verre complexe verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(Voir page suivante.)

Régime conventionnel option 2 :

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :		
H HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour	En établissement conventionné et non conventionné 250% BR
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 250% BR Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 200% BR Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné 200% BR
	Forfait journalier hospitalier (2)	100 % DE sans limitation de durée
	Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Chambre particulière (3)	80 €/jour
	Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Lit d'accompagnant (3)	60 €/jour
	Non remboursé par la Sécurité sociale	
 DENTAIRE auprès d'un professionnel	Allocation maternité ou adoption plénière	Par enfant 150 €
	Participation forfaitaire	Frais réels
	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire. sans reste à payer (6)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire 150% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé	
	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	300% BR
	Inlay-onlay à tarifs modérés	150% BR
	Inlay-core à tarifs modérés	300% BR
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	300% BR
	Inlay-onlay à tarifs libres	150% BR
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Implantologie	Forfait par an et par bénéficiaire 300 €
	Orthodontie (5)	
	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250% BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BR
	Équipement 100 % Santé** (classe A)	sans reste à payer (7)
	y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (7)
	y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	par verre *****	cf grilles optique 100 €
	par monture de lunettes *****	
	Prestation d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien (examen de la réfraction et adaptation correctrice de la vue)	100% BR
	Suppléments pour les équipements de classe B (9)	100% BR
	Lentilles	
	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (8)	100%BR + 200 €
	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (8)	200 €
	Jusqu'au 31/12/2020 :	
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	250% BR
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale
	Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	120% BR
	Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	250% BR
	Accessoires et fournitures	100% BR

 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	130% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		Frais réels dans la limite de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur
	Honoraires paramédicaux		100% BR
	Analyses et examens de laboratoire		150% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	200% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100% BR
	Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100% BR
		Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	200 €
	Médicaments		
		Médicaments remboursés à 85%	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et automédication sans prescription médicale - par an et par bénéficiaire	40 €
		Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	30 €
	Médecine additionnelle et de prévention	Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	30 €
	Prestations de prévention	Prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM.CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM.CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(8) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(9) prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiphtisie, verres isocoulochromes ;

(Voir page suivante.)

Régime conventionnel après réforme				
Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre	
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	100 €	simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 €	complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100 €	simple
		SPH > 0 et S > + 6	100 €	complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	100 €	complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	100 €	complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	145 €	complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	145 €	très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	145 €	complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	145 €	complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	145 €	très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	145 €	très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	145 €	très complexe

Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verre complexe verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

Article 2 | Durée de l'accord. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020, il est également convenu de solliciter son extension.

Article 4 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette noti-

fication et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 19 février 2020.

(Suivent les signatures.)