

Brochure n° 3612 | Convention collective nationale

IDCC : 7001 | **COOPÉRATIVES ET SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT COLLECTIF  
AGRICOLE BÉTAIL ET VIANDE**

## Avenant n° 4 du 30 octobre 2020

NOR : AGRS2197034M

IDCC : 7001

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

**COOP de France bétail et viande,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération générale agro-alimentaire FGA CFDT ;**

**Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation des  
tabacs et activités annexes FGTA FO ;**

**Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;**

**Fédération nationale agroalimentaire et forêts FNAF CGT ;**

**CFE-CGC Agro,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Par avenant n° 2 du 25 mai 2015, les partenaires sociaux de la branche bétail et viande ont procédé à la mise en conformité de l'accord du 3 décembre 2009 modifié relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans la coopération bétail et viande au regard des dispositions du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales dits « contrats responsables ».

Par un avenant n° 3 du 19 octobre 2019, le présent régime a été adapté pour tenir compte de la loi du 22 décembre 2018 et décret du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dit « réforme 100 % santé ».

Suite aux réserves du ministère de l'agriculture pour l'extension de l'avenant n° 3, le présent avenant n° 4 annule et remplace l'avenant n° 3 et vient éclaircir les règles applicables aux entreprises employant des salariés relevant du régime local. Il rappelle notamment l'obligation d'adapter les garanties pour tenir compte du niveau de prestations du régime local.

## **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Le présent avenant est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des coopératives et SICA bétail et viande du 21 mai 1969.

## **Article 2 | Tableau des garanties**

L'annexe 1 « Tableau des garanties » de l'accord du 3 décembre 2009 modifié relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans la coopération bétail et viande est abrogée et remplacée par l'annexe 1 jointe au présent avenant applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## **Article 3 | Régime Alsace-Moselle**

L'article 5 « Prestations » de l'accord du 3 décembre 2009 est complété des paragraphes suivants :

« Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits "responsables" fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application, et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat. Elles respectent également la réglementation 100 % santé.

Conformément aux dispositions de l'article D. 911-1-1 du code de la sécurité sociale, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord, des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle définis à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, doit être adaptée par les employeurs pour tenir compte du niveau des garanties assuré par ce régime local. Les garanties mentionnées en annexe 1 devront donc être adaptées pour les salariés affiliés aux régimes précités et déterminées après déduction des prestations servies par le régime local pour conserver l'uniformité des garanties du régime. »

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

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur à l'issue du délai prévu par les articles L. 2232-6 et suivants du code du travail pour l'exercice du droit d'opposition des organisations syndicales représentatives au niveau de la branche non-signataires du présent accord et au plus tôt au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## **Article 5 | Dépôt et extension**

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions des articles L. 2221-2 et suivants du code du travail.

Il est établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations syndicales représentatives et déposé par la partie la plus diligente auprès du service compétent, dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant.

*Fait à Paris, le 30 octobre 2020.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe 1 Tableau des garanties

### Base + option 1

| GARANTIES  | REMBOURSEMENTS<br>Garanties conventionnelles - en complément de la Sécurité Sociale<br>Dans la limite des frais réels engagés   |
|--|---|
| <b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Hors ambulatoire)</b><br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné<br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné<br>DÉPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non<br>FORFAIT HOSPITALIER<br>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS<br>CHAMBRE PARTICULIÈRE  | <b>100%</b> du TM<br><b>De 0% à 20%</b> de la BR<br><b>165 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>120 %</b> de la BR médecins non DPTM*<br><b>Frais réels</b><br><b>Frais réels</b><br><b>25 €</b> par jour   |
| <b>SOINS COURANTS</b><br><b>HONORAIRES MÉDICAUX</b><br>CONSULTATIONS – VISITES généralistes<br>CONSULTATIONS – VISITES spécialistes<br>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE<br>HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicure, orthopédiste, sages femmes)<br>ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire<br><b>RADIOLOGIE</b><br>ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE<br>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX<br>MÉDICAMENTS<br>MATÉRIEL MÉDICAL<br>TRANSPORT TERRESTRE  | <b>50 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>30%</b> de la BR médecin non DPTM *<br><b>100 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>80%</b> de la BR médecin non DPTM *<br><b>40%</b> de la BR<br><b>40%</b> de la BR<br><b>170%</b> de la BR médecins DPTM / <b>130%</b> de la BR médecins non DPTM*<br><b>50%</b> de la BR médecins DPTM/ <b>30 %</b> de la BR médecins non DPTM*<br><b>50%</b> de la BR médecins DPTM/ <b>30 %</b> de la BR médecins non DPTM<br><b>100%</b> du TM<br><b>40%</b> BR<br><b>35%</b> de la BR |
| <b>DENTAIRE</b><br>Prothèses 100% santé (1)<br>Prothèses hors panier 100% santé (3)<br>SOINS<br>ORTHODONTIE  | <b>Frais réels (2)</b><br><b>190 %</b> de la BR+ <b>300 €</b> par an<br><b>100%</b> TM<br><b>100 %</b> de la BR   |
| <b>OPTIQUE</b><br>En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima.<br>1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>100 €</b> par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4)<br>Équipements 100% santé (1)<br>Équipements à tarifs libres :<br>Monture<br>2 Verres simples<br>1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe<br>2 verres complexes ou hypercomplexes<br>Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (adultes)<br>Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (adulte)<br>Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (enfants)<br>Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (enfants) | <b>Frais réels (2)</b><br><b>100 €</b> par bénéficiaire<br><b>266 €</b> par bénéficiaire<br><b>266 €</b> par bénéficiaire<br><b>266 €</b> par bénéficiaire<br><b>390 % BR + 250 €</b> par année civile et par bénéficiaire<br><b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire<br><b>390 % BR + 125 €</b> par année civile et par bénéficiaire<br><b>100 €</b> par année civile et par bénéficiaire  |
| <b>AIDES AUDITIVES</b><br>Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4)<br>Équipements 100% santé (1)<br>Équipements à tarifs libres  | <b>Frais réels (2)</b> à partir du 01/01/2021<br><b>40 %</b> de la BR+ <b>560 €</b><br>et à partir du 01/01/2021 dans la limite de <b>1700 €</b> (y compris le remboursement de la sécurité sociale) par oreille  |
| <b>MATERNITÉ</b> forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire  | <b>200 €</b>  |
| <b>ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b><br>SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patches<br>DIÉTETICIEN consultation<br>OSTÉOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état<br>VACCINS non pris en charge par la Sécurité Sociale (prescrit médicalement)  | <b>50 €</b> par an<br><b>30 €</b> dans la limite de <b>2</b> consultations par an<br><b>40 €</b> dans la limite de <b>2</b> consultations par an<br><b>100 €</b> par an   |
| <b>ACTES DE PRÉVENTION</b><br>Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006   | <b>100 %</b> TM   |
| <b>SMI ASSISTANCE</b>  | Garanties souscrites auprès de FIDELIA  |

#### Prestations de l'année 2020

BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. TM = Ticket Modérateur.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'Autorité.

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; ces dispositifs regroupent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et le Contrat d'Accès aux Soins.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

\* Pour les médecins non DPTM : le cumul du remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % de la BR, quel que soit le régime et la situation géographique.

(1) Équipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge « frais réels » plafonnée aux honoraires limite de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% santé.

## Base + option 2

| GARANTIES  | REMBOURSEMENTS<br>Garanties conventionnelles - en complément de la Sécurité Sociale<br>Dans la limite des frais réels engagés  | OPTION 1<br>Garanties facultatives - en complément de la Sécurité Sociale<br>En complément des garanties base<br>Dans la limite des frais réels engagés   |
|--|--|---|
| <b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Hors ambulatoire)</b><br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné<br><br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné<br><br>DEPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non<br><br>FORFAIT HOSPITALIER<br>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS<br>Chambre particulière  | <b>100% du TM</b><br><br><b>De 0% à 20% de la BR</b><br><br><b>165 % de la BR médecins DPTM/120 % de la BR médecins non DPTM*</b><br><br><b>Frais réels</b><br><b>Frais réels</b><br><b>25 € par jour</b>  | <b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+300 % de la BR médecins DPTM / + 0 % de la BR médecins non DPTM</b><br><br><b>Frais réels</b><br><b>Frais réels</b><br><b>+40 € par jour</b>  |
| <b>SOINS COURANTS</b><br><b>HONORAIRES MÉDICAUX</b><br>CONSULTATIONS – VISITES généralistes<br><br>CONSULTATIONS – VISITES spécialistes<br><br>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE<br>HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicure, orthopédiste, sages femmes)<br>ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire<br><br><b>RADIOLOGIE</b><br>ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE<br>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX<br><br>MÉDICAMENTS<br>MATÉRIEL MÉDICAL<br>TRANSPORT TERRESTRE  | <b>50 % de la BR médecins DPTM/30% de la BR médecin non DPTM *</b><br><b>100 % de la BR médecins DPTM/80% de la BR médecin non DPTM *</b><br><b>40 % de la BR</b><br><b>40 % de la BR</b><br><br><b>170 % de la BR médecins DPTM /130% de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>100 % du TM</b><br><b>40 % BR</b><br><b>35 % de la BR</b> | <b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 50 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR</b><br><b>+ 100 % de la BR</b><br><br><b>+ 300 % de la BR médecins DPTM / + 0% de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100% de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>100 % du TM</b><br><b>+300 € par année civile</b><br><b>+100 % de la BR</b> |
| <b>DENTAIRE</b><br>Prothèses 100% santé (1)<br>Prothèses hors panier 100% santé (3)<br>SOINS<br>ORTHODONTIE  | <b>Frais réels (2)</b><br><b>190 % de la BR+ 300 € par an</b><br><b>30 % de la BR</b><br><b>100 % de la BR</b>   | <b>+200 € par année civile</b><br><b>+100 % de la BR</b><br><b>+50% BR</b>  |
| <b>OPTIQUE</b><br>En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima.<br>1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>100 €</b> par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4)<br>Equipements 100% santé (1)<br>Equipements à tarifs libres :<br>Monture<br>2 Verres simples<br>1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe<br>2 verres complexes ou hypercomplexes<br>Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale (adultes)<br><br>Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (adulte)<br>Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale (enfants)<br><br>Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (enfants) | <b>Frais réels (2)</b><br><b>100 € par bénéficiaire</b><br><b>266 € par bénéficiaire</b><br><b>266 € par bénéficiaire</b><br><b>266 € par bénéficiaire</b><br><b>390 % BR + 250 € par année civile et par bénéficiaire</b><br><b>100 € par année civile</b><br><br><b>390 % BR + 125 € par année civile et par bénéficiaire</b><br><b>100 € par année civile</b>   | Néant<br><b>+54 €</b><br><b>+125 €</b><br><b>+125 €</b><br><b>+125 € par année civile</b><br><br><b>+50 € par année civile</b><br><br><b>+125 € par année civile</b><br><br><b>+50 € par année civile</b>   |
| <b>AIDES AUDITIVES</b><br>Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4)<br>Equipements 100% santé (1)<br>Equipements à tarifs libres  | <b>Frais réels (2) à partir du 01/01/2021</b><br><b>40 % de la BR + 560 €</b><br><br>et à partir du 01/01/2021 dans la limite de 1700 € (y compris le remboursement de la Sécurité Sociale) par oreille  | <b>+240 €</b>   |
| <b>MATERNITÉ</b> forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire  | <b>200 €</b>   | <b>+300€</b>  |
| <b>ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b><br>SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patchs<br>DIÉTETICIEN consultation<br><br>OSTEOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état<br>VACCINS non pris en charge par la Sécurité sociale (prescrit médicalement)   | <b>50 € par an</b><br><b>30 € dans la limite de 2 consultations par an</b><br><b>40 € dans la limite de 2 consultations par an</b><br><br><b>100 € par an</b>  | Néant<br>Néant<br><br>Néant<br><br><b>+ Frais réels</b>   |
| <b>ACTES DE PRÉVENTION</b><br>Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006   | <b>100 % du TM</b>   |   |
| <b>SMI ASSISTANCE</b>  | Garanties souscrites auprès de FIDELIA   |   |

Prestations de l'année 2020

| GARANTIES  | REMBOURSEMENTS<br>Garanties conventionnelles - en complément de la Sécurité Sociale<br>Dans la limite des frais réels engagés  | OPTION 2<br>Garanties facultatives - en complément de la Sécurité Sociale<br>En complément des garanties base<br>Dans la limite des frais réels engagés   |
|--|--|---|
| <b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Hors ambulatoire)</b><br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné<br><br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné<br><br>DEPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non<br>FORFAIT HOSPITALIER<br>PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS<br>Chambre particulière  | <b>100 % du TM</b><br><br><b>De 0 % à 20% de la BR</b><br><br><b>165 % de la BR médecins DPTM/120 % de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>Frais réels</b><br><b>Frais réels</b><br><b>25 € par jour</b>  | <b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 300 % de la BR médecins DPTM / + 0% de la BR médecins non DPTM</b><br><b>Frais réels</b><br><b>Frais réels</b><br><b>+60 € par jour</b>  |
| <b>SOINS COURANTS HONORAIRES MÉDICAUX</b><br>CONSULTATIONS – VISITES généralistes<br><br>CONSULTATIONS – VISITES spécialistes<br><br>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE<br>HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicure, orthopédiste, sages femmes)<br>ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire<br><br>RADIOLOGIE<br>ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE<br>ACTES TECHNIQUE MÉDICAUX<br><br>MÉDICAMENTS<br>MATÉRIEL MÉDICAL<br>TRANSPORT TERRESTRE  | <b>50 % de la BR médecins DPTM/30% de la BR médecin non DPTM *</b><br><b>100 % de la BR médecins DPTM/80% de la BR médecin non DPTM *</b><br><b>40 % de la BR</b><br><b>40 % de la BR</b><br><br><b>170 % de la BR médecins DPTM /130% de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM*</b><br><b>100 % du TM</b><br><b>40 % BR</b><br><b>35 % de la BR</b> | <b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 50 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR</b><br><b>+ 100 % de la BR</b><br><br><b>+ 300 % de la BR médecins DPTM / + 0% de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100% de la BR médecins non DPTM *</b><br><b>100 % du TM</b><br><b>+400 € par année civile</b><br><b>+100 % de la BR</b> |
| <b>DENTAIRE</b><br>Prothèses 100% santé (1)<br>Prothèses hors panier 100% santé (3)<br>SOINS<br>ORTHODONTIE  | <b>Frais réels (2)</b><br><b>190 % de la BR + 300 € par an</b><br><b>30 % de la BR</b><br><b>100 % de la BR</b>  | <b>+300 € par an</b><br><b>+100 % de la BR</b><br><b>+150 % de la BR</b>  |
| <b>OPTIQUE</b><br>En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima.<br>1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>100 €</b> par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4)<br>Equipements 100% santé (1)<br>Equipements à tarifs libres :<br>Monture<br>2 Verres simples<br>1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe<br>2 verres complexes ou hypercomplexes<br>Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale (adultes)<br>Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (adulte)<br>Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale (enfants)<br>Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale (enfants) |  |   |
| <b>AIDES AUDITIVES</b><br>Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4)<br><br>Equipements 100% santé (1)<br>Equipements à tarifs libres  |  |   |
| <b>MATERNITÉ</b> forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire  | <b>200 €</b>   | <b>+400€</b>  |
| <b>ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b><br>SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patches<br>DIETETICIEN consultation<br><br>OSTEOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état<br>VACCINS non pris en charge par la Sécurité Sociale (prescrit médicalement)  | <b>50 € par an</b><br><b>30 € dans la limite de 2 consultations par an</b><br><b>40 € dans la limite de 2 consultations par an</b><br><br><b>100 € par an</b>  | Néant<br>Néant<br><br><b>+40 € dans la limite de 2 consultations par an</b><br><br><b>+ Frais réels</b>   |
| <b>ACTES DE PRÉVENTION</b><br>Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006   | <b>100 % du TM</b>   |   |
| <b>SMI ASSISTANCE</b>  | Garanties souscrites auprès de FIDELIA   |   |

**Prestations de l'année 2020**