

Accord du 3 juillet 2023

relatif aux régimes de prévoyance et aux régimes de frais de soins de santé

NOR : ASET2350796M

IDCC : 1996

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

FSPF ;

USPO,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

FNSCIC CFE-CGC ;

UFIC-UNSA ;

Pharmacie LABM FO,

d'autre part,

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes, notamment son annexe IV « Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » modifiée en dernier lieu par avenant du 5 décembre 2022.

Préambule

Afin d'adapter les dispositions de l'annexe IV de la convention collective susvisée, les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

Article 1^{er}

À l'annexe IV « Régimes de prévoyance et régimes de frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » de la convention collective susvisée, en cela comprises les annexes IV.1,

V.2 et IV.3, les termes « non cadre » et « non cadres » sont respectivement remplacés par les termes « non-cadre » et « non-cadres », y compris dans les titres et tableaux.

Article 2

L'annexe IV.1 « Régime de prévoyance et régime de frais de soins de santé du personnel non-cadre de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

I. L'article 6 « Invalidité » est ainsi modifié :

- au premier alinéa du A « Définition » les termes « lorsque l'assuré perçoit de la sécurité sociale : » sont remplacés par les termes « lorsque l'assuré ouvre droit, de la part de la sécurité sociale, à : » ;
- le C « Durée du paiement » est modifié comme suit :
 - il est renommé « C. Durée de paiement » ;
 - au quatrième alinéa, les termes « ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la sécurité sociale ; » sont remplacés par les termes « ou n'ouvre plus droit, de la part de la sécurité sociale, à une rente d'accident du travail ; ».

II. Le C « Durée du paiement » de l'article 8 « Garantie maternité, paternité, adoption, deuil d'un enfant » est renommé « C. Durée de paiement ».

III. L'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » est ainsi modifié :

- au c du 1.1 du 1 le « . » situé à la fin de la phrase est remplacé par un « ; » ;
- au d du 1.1 du 1 le mot « Les » est remplacé par le mot « les ».

IV. Au C.4 « Anciens assurés, et salariés dont le contrat de travail est suspendu, bénéficiaires d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » le second alinéa du paragraphe f.2 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'assuré et ses ayants droit à charge, à 800 € pour le régime de base obligatoire et à 900 € pour le régime supplémentaire frais de soins de santé. »

Article 3

L'annexe IV.2 « Régime de prévoyance et régime de frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

I. Au D « Adhérents facultatifs » du III « Frais de soins de santé (prestations en nature) » un « : » est ajouté à la fin du cinquième alinéa.

II. Les huitième et neuvième alinéas du B « Invalidité permanente » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

- « – lorsque l'assuré n'ouvre plus droit à une pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- lorsque l'assuré n'ouvre plus droit à une rente de la sécurité sociale au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail donnant droit à une rente complémentaire au titre du présent régime ; »

III. Au C « Cotisations » du VII « Contrat proposé aux anciens assurés, et salariés dont le contrat de travail est suspendu, en vue du maintien des garanties frais de soins de santé » le second alinéa du paragraphe b est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'assuré et ses ayants droit à charge, à 800 € en RPO et à 900 € en RSF et RSF+ . »

Article 4

L'annexe IV.3 « Tableaux des garanties des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

- dans son intitulé, les mots « Régimes frais de soins de santé » sont remplacés par les mots « Régimes de frais de soins de santé » ;
- aux deux tableaux^[1] figurant respectivement au II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » et au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » la ligne :

Médicaments remboursés par le RO	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
----------------------------------	----------------	----------------

est remplacée par la ligne :

Médicaments, et actions d'accompagnement des patients, remboursés par le RO	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
---	----------------	----------------

- aux deux tableaux^[1] figurant respectivement au II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » et au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » les trois derniers alinéas de la note de bas de tableau numérotée (1) sont supprimés ;
- au quatrième alinéa de la ligne « Natalité » du tableau^[1] figurant au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » les mots « Ce forfait est versée » sont remplacés par les mots « Ce forfait est versé ».

Article 5

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet le 1^{er} juillet 2023.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent avenant peut être révisé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Il peut être dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2020). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 3 juillet 2023.




(Suivent les signatures.)

[1] Cf. Tableaux consolidés en annexe.

Annexe Tableaux consolidés au II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » et au III « Tableau des garanties Alsace-Moselle »

II – Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

NATURE DES GARANTIES	BASE obligatoire non-cadres & BASE obligatoire cadres et assimilés (RPO)		SUPPLEMENTAIRE non-cadres & SUPPLEMENTAIRE cadres et assimilés (RSF et RSF+)	
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS	
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium				
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour	
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge	30 € par jour		30 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites de médecins généralistes	185 % BR - RSS	115 % BR - RSS	245 % BR - RSS	115 % BR - RSS
Consultations et visites de médecins spécialistes	245 % BR - RSS	161 % BR - RSS	265 % BR - RSS	175% BR - RSS
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétriques	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Actes d'imagerie médicale :	Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
	Echographie	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
Séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires paramédicaux	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Médicaments	100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Médicaments, et actions d'accompagnement des patients, remboursés par le RO				
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables (4)	50 € par an et par assuré		60 € par an et assuré	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	150 % BR - RSS		190 % BR - RSS	
Prothèses orthopédiques, petit appareillage (4), prothèses non dentaires, petit matériel				
Grand appareillage (4)	230 % BR - RSS		250 % BR - RSS	
Prothèses capillaires (4)	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire	

AIDES AUDITIVES		
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO (1).</i>		
Equipement « 100 % SANTE »* à compter du 01/01/2021		100 % FR (*)
Prothèses auditives (4) Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 - Equipements "hors 100% SANTE" à compter du 01/01/2021		100 % FR (*)
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée
Entretien et accessoires	190 % BR - RSS	190 % BR - RSS
OPTIQUE		
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception (2).</i>		
Equipement « 100 % SANTE »* Monture, verres prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100 % FR (*)
Equipement hors « 100 % SANTE » - Tarif libre		
Monture :		
Par monture	100 € - RSS	100 € - RSS
Verres :		
Par verre simple (3)	80 € - RSS	150 € - RSS
Par verre complexe (3)	130 € - RSS	170 € - RSS
Par verre hyper complexe (3)	200 € - RSS	250 € - RSS
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)		
Remboursées par le RO (4)	200 € - RSS par an et par bénéficiaire	200 € - RSS par an et par bénéficiaire
Non remboursées par le RO	130 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	—	500 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTE »* :		100 % FR (*)
Soins Hors « 100 % SANTE »		
Soins dentaires	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Prothèses Hors « 100 % SANTE »		
Inlays-Core	195 % BR - RSS	195 % BR - RSS
Prothèses dentaires <i>remboursées par le RO - tarif maîtrisé</i>	375 % BR - RSS	100 % HLF-SS (**)
Prothèses dentaires <i>remboursées par le RO - tarif libre</i>		420 % BR - RSS
Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)</i>	300 % BRR	465 % BRR
Orthodontie		
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS	372 % BR - RSS
Non remboursée par le RO	326 % BRR	372 % BRR




Autres prestations dentaires		
Implantologie dentaire (4)		
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS	465 % BR – RSS
Pilier implantaire et implant	400 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	600 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES		
Transport		
Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Natalité (4)		
Forfait naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant
Cure thermique (4)		
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
Pratiques de soins non conventionnelles (4)		
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététique, psychologie, psychomotricité, podologie, ergothérapie, musicothérapie	–	90 € par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
<p>(*) Tel que défini par la réglementation. Le 100 % santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limite de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100 % SANTE », la prise en charge s'effectuera à hauteur des soins et prothèses hors « 100 % SANTE ».</p> <p>(**) Sont remboursées sur la base de 100 % des Honoraires Limites de Facturation et sous déduction du remboursement de la sécurité sociale, les prothèses pour lesquelles un Honoraire Limite de Facturation (HLF) est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes. L'Honoraire Limite de Facturation est le montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Pour les prothèses pour lesquelles aucun Honoraire Limite de Facturation n'est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes (cas des prothèses à tarif libre), le remboursement est effectué sur la base de 420 % de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Dans tous les cas, le remboursement est effectué dans la limite des frais réels sous déduction du remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).</p> <p>En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.</p> <p>(3) Les présentes garanties sont responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les dispositions prises pour son application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux y afférents.</p>		

<p>On entend par :</p> <p>Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</p> <p>Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</p> <p>Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	
(4) Précisions sur les garanties	
Médicaments non remboursés ou non remboursables	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
Lentilles correctrices remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Petit appareillage et grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.
Prothèses capillaires	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses auditives	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses dentaires	Les prothèses sur implant sont remboursées au niveau de la garantie « Implantologie dentaire »
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, il est pris en considération pour le versement de la prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé.
Natalité	<p>Le forfait est versé en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...).</p> <p>Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption.</p> <p>En cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant, sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption.</p> <p>Ce forfait est versé aux deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise et sont assurés du régime à titre obligatoire ou facultatif à l'exclusion des ayants droit à charge.</p>

Cure thermale	Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermale exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal...).
Pratiques de soins non conventionnelles	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.

III – Tableau des garanties Alsace-Moselle

NATURE DES GARANTIES	BASE obligatoire non-cadres & BASE obligatoire cadres et assimilés (RPO)		SUPPLEMENTAIRE non-cadres & SUPPLEMENTAIRE cadres et assimilés (RSF et RSF+)	
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour				
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS	
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour	
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge	30 € par jour		30 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites de médecins généralistes	205 % BR - RSS	115 % BR - RSS	265 % BR - RSS	115 % BR - RSS
Consultations et visites de médecins spécialistes	265 % BR - RSS	161 % BR - RSS	285 % BR - RSS	175% BR - RSS
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétriques	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Actes d'imagerie médicale :	-	-	-	-
Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Echographie	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
Séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires paramédicaux	130 % BR - RSS		130 % BR - RSS	
Analyses et examens de laboratoire	130 % BR - RSS		130 % BR - RSS	
Médicaments				
Médicaments, et actions d'accompagnement des patients, remboursés par le RO	100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables (4)	50 € par an et par assuré		60 € par an et par assuré	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)				
Prothèses orthopédiques, petit appareillage (4), prothèses non dentaires, petit matériel	150 % BR - RSS		220 % BR - RSS	
Grand appareillage (4)	230 % BR - RSS		250 % BR - RSS	
Prothèses capillaires (4)	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire	

AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO (1).		
Equipement « 100 % SANTE »* à compter du 01/01/2021 	100 % FR (*)	100 % FR (*)
Prothèses auditives (4) Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 - Equipements "hors 100 % SANTE" à compter du 01/01/2021		
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée
Entretien et accessoires	220 % BR - RSS	220 % BR - RSS
OPTIQUE		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception (2).		
Equipement « 100 % SANTE »* Monture, verres prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres 	100 % FR (*)	100 % FR (*)
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre Monture :		
Par monture	100 € - RSS	100 € - RSS
Verres :		
Par verre simple (3)	80 € - RSS	150 € - RSS
Par verre complexe (3)	130 € - RSS	170 € - RSS
Par verre hyper complexe (3)	200 € - RSS	250 € - RSS
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables) Remboursées par le RO (4) Non remboursées par le RO	200 € - RSS par an et par bénéficiaire 130 € par an et par bénéficiaire	200 € - RSS par an et par bénéficiaire 160 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	500 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTE »* : 	100 % FR (*)	100 % FR (*)
Soins Hors « 100 % SANTE »		
Soins dentaires	120 % BR - RSS	120 % BR - RSS
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Prothèses Hors « 100 % SANTE »		
Inlays-Core	195 % BR -RSS	195 % BR -RSS
Prothèses dentaires remboursées par le RO - tarif maîtrisé		100 % HLF-SS (**)
Prothèses dentaires remboursées par le RO - tarif libre	375 % BR - RSS	420 % BR - RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 % BRR	465 % BRR

Orthodontie		
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS	372 % BR - RSS
Non remboursée par le RO	326 % BRR	372 % BRR
Autres prestations dentaires		
Implantologie dentaire (4)		
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS	465 % BR - RSS
Pilier implantaire et implant	400 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	450 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES		
Transport		
Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Natalité (4)		
Forfait naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant
Cure thermique (4)		
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
Pratiques de soins non conventionnelles (4)		
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététique, psychologie, psychomotricité, podologie, ergothérapie, musicothérapie	–	90 € par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR – RSS
<p>(*) Tel que défini par la réglementation. Le 100 % santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100 % SANTE », la prise en charge s'effectuera à hauteur des soins et prothèses hors « 100 % SANTE ».</p> <p>(**) Sont remboursées sur la base de 100 % des Honoraires Limites de Facturation et sous déduction du remboursement de la sécurité sociale, les prothèses pour lesquelles un Honoraire Limite de Facturation (HLF) est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes. L'Honoraire Limite de Facturation est le montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Pour les prothèses pour lesquelles aucun Honoraire Limite de Facturation n'est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes (cas des prothèses à tarif libre), le remboursement est effectué sur la base de 420 % de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Dans tous les cas, le remboursement est effectué dans la limite des frais réels sous déduction du remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).</p> <p>En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.</p>		

(3) Les présentes garanties sont responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les dispositions prises pour son application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux y afférents.

On entend par :

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(4) Précisions sur les garanties

Médicaments non remboursés ou non remboursables	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
Lentilles correctrices remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Petit appareillage et grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.
Prothèses capillaires	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses auditives	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses dentaires	Les prothèses sur implant sont remboursées au niveau de la garantie « Implantologie dentaire ».
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, il est pris en considération pour le versement de la prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé.
Natalité	Le forfait est versé en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...). Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption. En cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant, sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption.

	Ce forfait est versé aux deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise et sont assurés du régime à titre obligatoire ou facultatif à l'exclusion des ayants droits à charge.
Cure thermale	Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermale exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal ...).
Pratiques de soins non conventionnelles	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.