

Convention collective nationale

IDCC : 218 | **ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**  
**(8 février 1957)**

**Protocole d'accord du 23 avril 2024**

relatif au régime complémentaire de couverture des frais de santé  
et au régime de prévoyance

NOR : ASET2450550M

IDCC : 218

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

**UCANSS,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FEC FO ;**

**PSTE CFDT ;**

**SNFOCOS,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les salariés des organismes du régime général de la sécurité sociale bénéficient d'un régime complémentaire de couverture des frais de santé en application du protocole d'accord du 12 août 2008 et d'un régime de prévoyance au titre d'un accord signé le 7 janvier 1998, chacun à durée indéterminée.

Ces accords reposent respectivement sur des principes de respect de l'équilibre financier global et de pilotage rigoureux. Les partenaires sociaux constatent désormais des trajectoires financières structurellement différentes entre ces deux régimes.

En effet, si la trajectoire financière du régime de prévoyance est excédentaire dans la durée sur les précédents exercices et en prévisionnel sur les prochains, celle du régime complémentaire de couverture des frais de santé des salariés tel que visé au titre I<sup>er</sup> du protocole d'accord du 12 août 2008 est déficitaire depuis l'exercice 2021.

En conséquence, les partenaires sociaux ont souhaité faire évoluer certains paramètres via l'engagement d'une négociation nationale sur chacun de ces régimes.

Aux fins de trouver les voies d'un équilibre financier préservé concernant les deux régimes, les partenaires sociaux ont, d'une part, convenu de la mise en place d'un mécanisme de mutua-

lisation financière exceptionnelle et non pérenne entre les résultats annuels des deux régimes, au titre de l'exercice 2023, telle que visée par le protocole d'accord du 13 février 2024.

D'autre part, le présent accord intègre le relèvement de la part employeur dans le financement du régime des salariés de la complémentaire santé.

Les organisations syndicales tiennent à affirmer leur position d'un relèvement progressif sur la durée de la participation de l'employeur.

Par ailleurs, les partenaires sociaux marquent leur volonté commune d'améliorer le niveau des garanties du régime de prévoyance et de diminuer le taux de cotisation tout en veillant au respect de l'équilibre financier global dudit régime.

Enfin, ils actent la nécessité de mettre en conformité certaines dispositions conventionnelles des textes régissant ces deux régimes.

## **Titre I<sup>er</sup> Modification du protocole d'accord du 12 août 2008 établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale**

### **Article 1<sup>er</sup> | Modification de l'article 3.1 « Salariés »**

L'article 3.1 est modifié comme suit : « Le présent accord s'applique, sous réserve des dispositions qui suivent, à l'ensemble des salariés des organismes visés à l'article 1<sup>er</sup> ».

### **Article 2 | Modification de l'article 3.11 « Suspension du contrat de travail »**

À la fin du premier paragraphe de l'article 3.11, il est ajouté les mots suivants : « ou donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur ».

À la fin du deuxième paragraphe de l'article 3.11, il est ajouté les cas suivants :

- « – d'activité partielle ;
- d'activité partielle de longue durée ;
- de toute période de congé rémunérée par l'employeur en cas de reclassement ou de mobilité. »

### **Article 3 | Modification de l'article 3.12 « Dispense d'adhésion »**

À l'alinéa 2 du paragraphe 1 de l'article 3.12, les termes « l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) » sont remplacés par les mots suivants : « la complémentaire santé solidaire (CSS) ».

L'alinéa 3 du paragraphe 1 de l'article 3.12 est modifié comme suit : « – les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une complémentaire santé collective ; ».

### **Article 4 | Modification de l'article 3.2 « Ayants droit à titre obligatoire »**

Au premier paragraphe, après les mots « ou dont le montant annuel », il est ajouté le mot « brut ».

Le 3<sup>o</sup> de l'article 3.2 est modifié comme suit :

- « Peuvent demander à ne pas relever des présentes dispositions les ayants droit couverts par un autre régime complémentaire collectif de couverture des frais de santé, ainsi que ceux justifiant du bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS). »

Au dernier paragraphe, la référence à la « CMU-C » est remplacée par « complémentaire santé solidaire ».

## **Article 5 | Modification de l'article 4.1 « Conditions générales »**

Le premier paragraphe de l'article 4.1 est remplacé par le paragraphe suivant :

« Le régime est conforme au cahier des charges des contrats solidaires et responsables tel que prévu par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code). »

## **Article 6 | Modification de l'article 4.2 « Tableau des garanties »**

Au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 4.2, la phrase « Le montant des remboursements est fixé comme suit » est remplacée par « Le montant des remboursements est fixé par le tableau des garanties, qui figure en annexe 2 du présent protocole ».

Le dernier paragraphe de l'article 4.2 est remplacé par :

« Le régime étant conforme au cahier des charges des contrats solidaires et responsables, il ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques ainsi que les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ;
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ou, à compter de sa mise en place, de non-autorisation d'accès au dossier médical partagé (art. L. 1111-15 du code de santé publique) ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés), pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par les dispositions régissant les contrats responsables, ne sera pas remboursée au titre du présent régime. De même, toute nouvelle obligation de prise en charge sera intégrée au régime. »

À la fin de l'article 4.2, il est ajouté un nouveau paragraphe rédigé comme suit : « Le tableau des garanties évoluera conformément aux décisions prises par la commission paritaire de pilotage et, en tout état de cause, conformément aux évolutions législatives et réglementaires applicables ».

## **Article 7 | Modification de l'article 5.1 « Répartition et assiette des cotisations »**

Le premier paragraphe de l'article 5.1, rédigé comme suit « Le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié. » est remplacé par « À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024, le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge de l'employeur à hauteur de 53,2 % et du salarié à hauteur du 46,8 % ».

À la fin de l'article 5.1, il est ajouté les paragraphes suivants :

« En cas de suspension du contrat de travail indemnisée, emportant maintien à titre obligatoire des garanties, l'assiette des cotisations est constituée par le montant de la rémunération ou du revenu de remplacement versé(e) par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, emportant maintien à titre obligatoire des garanties, l'assiette des cotisations pour la part exprimée en pourcentage de la rémunération est déterminée sur la base d'un salaire reconstitué. »

## **Article 8 | Modification de l'article 5.2 « Montant des cotisations »**

Le troisième paragraphe de l'article 5.2 est modifié comme suit :

« Le montant des cotisations est exprimé :

- pour une part, en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) en vigueur pour la période considérée ;
- pour une autre part, en pourcentage de la rémunération du salarié, telle que définie à l'article 5.1, limitée au plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2024, les taux de la cotisation sont fixés à :

- cotisation "isolé" :
  - partie forfaitaire : 0,744 % du montant du plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur pour la période considérée, soit 0,348 % au titre de la part salariale et 0,396 % au titre de la part patronale ;
  - partie fixée en pourcentage de la rémunération : 1,793 % du montant de la rémunération annuelle au sens de l'article 5.1 du présent accord, limitée au montant du plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, soit 0,839 % au titre de la part salariale et 0,954 % au titre de la part patronale ;
- cotisation "famille" :
  - partie forfaitaire : 1,488 % du montant du plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur pour la période considérée, soit 0,696 % au titre de la part salariale et 0,792 % au titre de la part patronale ;
  - partie fixée en pourcentage de la rémunération : 3,586 % du montant de la rémunération annuelle au sens de l'article 5.1 du présent accord limitée au montant du plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, soit 1,678 % au titre de la part salariale et 1,908 % au titre de la part patronale. »

Au dernier paragraphe de l'article 5.2, après le mot « départements », il est ajouté le mot « et régions ».

## **Article 9 | Modification de l'article 9 « Évolution du régime »**

Au deuxième paragraphe de l'article 9, les termes « pour chacun des actes identifiés » sont remplacés par « par famille d'actes identifiés ».

## **Article 10 | Modification de l'article 11.2 « Ancien salarié à la date d'entrée en vigueur du présent accord »**

Au premier paragraphe, les termes « ou d'une allocation de l'Agepret » sont supprimés.

## **Article 11 | Modification de l'article 1<sup>er</sup> et de l'article 3 de l'annexe 1**

La date du « 25 juin 1968 » est remplacée par « 18 septembre 2018 ».

## **Article 12 | Modifications terminologiques**

Dans le protocole d'accord du 12 août 2008, les termes « haut degré de solidarité » sont remplacés par « degré élevé de solidarité ».

## **Article 13 | Création d'une annexe 2 « Tableau des garanties »**

Il est inséré en annexe 2 du protocole d'accord du 12 août 2008 le tableau des garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Les dispositions de cette annexe 2 sont celles de l'annexe 1 du présent accord.

# **Titre II Modification du protocole d'accord du 7 janvier 1998 relatif au régime de prévoyance du personnel des organismes du régime général de sécurité sociale et de leurs établissements**

## **Article 1<sup>er</sup> | Modification de l'article 2.2 « Capital décès »**

Les taux de « 150 % » sont remplacés par les taux de « 200 % ».

Au quatrième paragraphe, deuxième tiret, le taux de « 10 % » par enfant à charge bénéficiaire de la rente d'éducation est remplacé par le taux de « 15 % ».

## **Article 2 | Modification de l'article 2.3 « Rente de conjoint »**

Le deuxième alinéa de l'article 2.3 est modifié comme suit :

« Le montant de la rente est égale à 10 % du salaire annuel brut d'activité afférent aux douze mois précédant le mois du décès du membre participant (salaire maintenu en cas de maladie ayant donné lieu au versement d'indemnités journalières) ou, à défaut, de douze mois de salaire brut d'activité, ce salaire brut d'activité étant complété, pour la période manquante, par l'assiette ayant servi de base au calcul des cotisations. »

## **Article 3 | Modification de l'article 2.4 « Rente éducation »**

Le troisième paragraphe de l'article 2.4 est modifié comme suit :

« La rente éducation est calculée sur la base du salaire annuel brut d'activité afférent aux douze mois précédant le mois du décès du membre participant (salaire maintenu en cas de maladie ayant donné lieu au versement d'indemnités journalières) ou, à défaut, de douze mois de salaire brut d'activité, ce salaire brut d'activité étant complété, pour la période manquante, par l'assiette ayant servi de base au calcul des cotisations.

Le montant de la rente éducation est égale à :

- 12,5 % pour les enfants de moins de 15 ans ;
- 15 % pour les enfants entre 15 à 17 ans ;
- 20 % pour les enfants à partir de 18 ans. »

#### **Article 4 | Modification de l'article 2.6 « Participation aux frais d'obsèques »**

Le montant de « 3 700 » euros est remplacé par le montant de « 5 000 » euros.

#### **Article 5 | Modification de l'article 3.2 « Montant des prestations »**

Le dernier paragraphe de l'article 3.2 est remplacé en avant dernier paragraphe.

#### **Article 6 | Modification de l'article 4.1 « Adhésion collective obligatoire »**

Le troisième paragraphe de l'article 4.1 est modifié comme suit :

« À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024, les taux appliqués à l'assiette définie *supra*, au titre des adhésions collectives obligatoires, sont respectivement :

- pour le membre adhérent de 1,08 % ;
- pour le membre participant de 0,72 %. »

À la fin de l'article 4.1, il est ajouté les trois paragraphes suivants :

« Les garanties définies par le présent accord et la participation de l'employeur sont maintenues à l'occasion de toute suspension du contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire ou donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée, emportant maintien à titre obligatoire des garanties, l'assiette des cotisations est constituée par le montant de la rémunération ou du revenu de remplacement versé(e) par l'employeur.

En cas de suspension de contrat non indemnisée, l'assiette de référence pour les contributions correspond au salaire mensuel moyen établi à partir du salaire réel du dernier jour d'activité et tenant compte de l'allocation vacances dès lors que la période de congé sans solde comprend les mois de perception de cette allocation et de la gratification annuelle et ce quels que soient les dates du congé sans solde. »

#### **Article 7 | Modification de l'article 4.2 « Adhésion individuelle »**

Le paragraphe est modifié comme suit : « Le taux appliqué à l'assiette définie *supra*, au titre des adhésions individuelles est, pour le membre participant, égal à l'addition des taux visés à l'article 4.1 ».

#### **Article 8 | Modification de l'article 13 « Commission paritaire de prévoyance »**

Le premier paragraphe de l'article 13 est rédigé ainsi :

« La commission paritaire prévue aux articles R. 931-3-29 et suivants du code de la sécurité sociale est composée de deux collèges :

- un collège salarié composé de deux représentants au total pour chaque confédération ou union représentative au sein du régime général :

Chaque représentant d'une confédération ou union syndicale représentative au moins sur le champ des employés et cadres dispose de trois voix. Chaque autre représentant dispose d'une voix ;

- un collège employeur désigné par le conseil d'orientation de l'Ucanss disposant au total du même nombre de voix que l'ensemble des membres du collège salarié présent ou représenté. »

## **Titre III** Modification du règlement général du régime de prévoyance du 7 janvier 1998

### **Article 1<sup>er</sup>** | *Modification de l'article 5 « Assiette des cotisations »*

À la fin de l'article 5 du protocole d'accord du règlement général du régime de prévoyance, il est ajouté les paragraphes suivants :

« En cas de suspension du contrat de travail indemnisée, emportant maintien à titre obligatoire des garanties, l'assiette des cotisations est constituée par le montant de la rémunération ou du revenu de remplacement versé(e) par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, emportant maintien à titre obligatoire des garanties, l'assiette des cotisations est déterminée sur la base d'un salaire mensuel moyen établi à partir du salaire réel du dernier jour d'activité et tenant compte de l'allocation vacances dès lors que la période de congé sans solde comprend les mois de perception de cette allocation et de la gratification annuelle et ce quelles que soient les dates du congé sans solde. »

### **Article 2** | *Modification de l'article 19.1 « Montant du capital décès »*

Le taux de « 150 % » est remplacé par le taux de « 200 % ».

### **Article 3** | *Modification de l'article 21.1 « Montant de la rente »*

Le premier paragraphe est rédigé comme suit :

« La rente éducation est calculée sur la base du salaire annuel brut d'activité afférent aux douze mois précédant le mois du décès du membre participant (salaire maintenu en cas de maladie ayant donné lieu au versement d'indemnités journalières) ou, à défaut, de douze mois de salaire brut d'activité, ce salaire brut d'activité étant complété, pour la période manquante, par l'assiette ayant servi de base au calcul des cotisations.

Le montant de la rente éducation est égale à :

- 12,5 % pour les enfants de moins de 15 ans ;
- 15 % pour les enfants de 15 à 17 ans ;
- 20 % pour les enfants à partir de 18 ans. »

### **Article 4** | *Modification de l'article 22 « Participation aux frais d'obsèques »*

Le montant de « 3 700 » euros est remplacé par le montant de « 5 000 » euros.

## **Titre IV** Dispositions diverses

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions légales posées par le code du travail.

Le présent accord fait l'objet d'un dépôt dans les conditions posées par le code du travail. Il s'applique sous réserve de l'agrément prévu par le code de la sécurité sociale.

Il entre en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2024.

Les dispositions des articles 1<sup>er</sup>, 2 et 3 du titre II et 2, 3, 4 du titre III du présent accord entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

*Fait à Montreuil, le 23 avril 2024.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe 1

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>	
<b>Honoraires</b>	
Actes et soins	
- Médecins signataires DPTM	400 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR
<b>Forfait sur les actes dits "lourds"</b>	100% des Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	400% de la BR
<b>Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup></b>	100% des Frais réels
<b>Forfait patient urgences</b>	100% des Frais réels
<b>Chambre particulière (y compris ambulatoire)</b>	50 € / jour (limité à 100 jours par année civile)
<b>Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inscrit au régime (jusqu'à la veille de son 16<sup>ème</sup> anniversaire)</b>	50 € / jour
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations et visites - Médecins généralistes	
- Médecins signataires DPTM	200% de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	180 % de la BR
Consultations et visites - Médecins spécialistes	
- Médecins signataires DPTM	300 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR
Actes d'imagerie	
- Médecins signataires DPTM	150 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	130 % de la BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie	
- Médecins signataires DPTM	300 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR
Psychologue*	100% de la BR/bénéficiaire/année civile (dans la limite de 8 séances)
<b>Actes de télésurveillance médicale <sup>(*)</sup></b>	100 % de la BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % de la BR
<b>Médicaments</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100 % de la BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % de la BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	50 % de la BR
<b>Contraception prescrite non remboursée par l'AMO</b>	220 € / bénéficiaire / année civile
<b>Matériel médical</b>	
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	400 % de la BR
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	165 € / bénéficiaire / année civile
<b>Transport sanitaire</b>	100 % de la BR
<b>Forfait sur les actes dits "lourds"</b>	100% des Frais réels

DENTAIRE	
<b>Soins</b>	<b>100 % de la BR</b>
Actes et consultations	
<b>Orthodontie remboursée par l'AMO</b>	<b>350 % de la BR</b>
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	<b>Frais réels dans le respect des HLF</b>
<b>Prothèses hors 100% santé</b>	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	
<b>&gt; Panier à honoraires maîtrisés</b>	
inlays onlays et autres prothèses	<b>450 % de la BR dans le respect des HLF</b>
<b>&gt; Panier à honoraires libres</b>	
inlays onlays et autres prothèses	<b>450 % de la BR</b>
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>	
- Parodontologie	<b>200 € / bénéficiaire / année civile</b>
- Prothèses	<b>322,50 € / prothèse</b>
- Implant (hors pilier)	<b>650 € / implant</b>
- Orthodontie	<b>200 % de la BR reconstituée</b>
OPTIQUE	
<b>Equipement optique :</b> <b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).</b> <b>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.</b> <b>Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.</b>	
<b>Equipements 100% santé</b>	
<b>Classe A</b>	
Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement <sup>(2)</sup>	
- Monture	<b>Frais réels dans la limite des PLV</b>
- Verres (tous types de correction)	<b>Frais réels dans la limite des PLV</b>
Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent	<b>Frais réels dans la limite des PLV</b>
Supplément pour verres avec filtres	<b>Frais réels dans la limite des PLV</b>
<b>Equipements hors 100% santé</b>	
<b>Voir grille optique</b>	
<b>Classe B - Tarifs libres</b>	
Verres et/ou monture <sup>(2)</sup>	
- Monture	<b>100 €</b>
- Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus	<b>Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres</b>
- Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans	
Supplément pour verres avec filtres	<b>100% de la BR</b>
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</b>	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	<b>100% de la BR</b>

Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% de la BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>	
- Lentilles remboursées par l'AMO	300 € / bénéficiaire / année civile (au minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO)
- Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO	
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	
	500 € / œil / bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er janvier 2021.	
Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des conditions requises) <sup>(3)</sup>	
Aides auditives classe I et classe II	100% de la BR + 1 100 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations <sup>(4)</sup>	100% de la BR
<b>Aide auditive à compter du 01/01/2021</b>	
<b>Equipement 100% santé</b>	
<b>Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>	
Equipements tels que définis réglementairement	Frais réels dans la limite des PLV
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	
- Aides auditives au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	Frais réels dans la limite des PLV
<b>Equipement hors 100% santé</b>	
<b>Classe II - Tarifs libres</b>	
Equipements tels que définis réglementairement	1 700 € par oreille
- Aides auditives jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	
- Aides auditives au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	1 500 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations <sup>(4)</sup>	100% de la BR
<b>CURE THERMALE <sup>(5)</sup></b>	
Soins, transport, hébergement pour les personnes de moins de 16 ans	100% de la BR + 275 € / bénéficiaire / année civile
Soins, transport, hébergement pour les personnes de 16 ans et plus	100% de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile
<b>AUTRES ACTES</b>	
Actes de prévention définis par la réglementation	100% de la BR
<b>MEDECINE DOUCE</b>	
Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédiacre-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur	60% des Frais réels limités à 50 € / année civile / bénéficiaire
<b>AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27<sup>ème</sup> anniversaire tels que définis au régime)</b>	
Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue***, Pédiopsychiatre, Orthoptiste	60% des Frais réels limités à 200 € / année civile / bénéficiaire

**Abréviations :** AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. RSS : Remboursement Sécurité Sociale ; HLF : Honoraire Limite de facturation ; PLV : Prix Limite de Vente / RSS : Remboursement Sécurité sociale.

\*Psychologue : prise en charge à compter du 01/04/2022 des séances de psychologie pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans, conformément au décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et aux arrêtés des 2 et 8 mars 2022.

\*\* Les séances de psychologie « autres » sont remboursées lorsque la consultation ne rentre pas dans le dispositif de prise en charge par l'Assurance maladie (exemple : psychologue non conventionné) ou au-delà des 8 séances fixées par celui-ci.

(\*) Actes de télésurveillance médicale : la télésurveillance médicale est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (dans le cadre des contrats responsables) à compter du 1er juillet 2023 selon l'arrêté du 16 mai 2023. Seules les pathologies ayant reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS) et ayant fait l'objet d'une publication au Journal officiel par arrêté ministériel sont ouvertes à la prise en charge dans le cadre du droit commun. Il s'agit des pathologies suivantes :

- l'insuffisance cardiaque ;
- l'insuffisance rénale ;
- l'insuffisance respiratoire ;
- le diabète ;
- Le cancer pour des patients adultes sous traitement systémique.

D'autres pathologies pourront à l'avenir être prises en charge également, après avis favorable de la HAS et publiées au journal officiel par arrêté ministériel.

(1) Sans limitation de durée (pour le forfait journalier le montant est au 01/01/2018 de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie)"

(2) Conditions de renouvellement pour un équipement optique

► La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

► Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

► La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

. Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

• Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(3) Conditions de renouvellement anticipé pour une aide auditive

Un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R. 165-24 du Code de la sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),

- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018

(5) Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO

## Grille optique

VERRES  UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère  CYL = cylindre (+)  S = SPH + CYL	BASE DE REMBOURSEMENT		Classe de verre selon le décret du 11 janvier 2019
			Montant en € par verre (RSS inclus)		
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6	160 €	160 €	Verre simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	300 €	300 €	Verre complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160 €	160 €	Verre simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160 €	160 €	Verre simple
		SPH > 0 et S > + 6	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	300 €	300 €	Verre complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €	Verre complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	315 €	Verre très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	315 €	Verre très complexe