

## **Accord du 10 juillet 2025** relatif au régime complémentaire frais de santé

NOR : ASET2550835M

IDCC : 1487

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

**UBH,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFTC CSFV ;**

**FS CFTD,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Les partenaires sociaux de la branche du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie ont souhaité conclure un accord visant à maintenir des garanties de base en matière de remboursement des frais de santé suite à l'expiration de la période de recommandation de l'organisme assureur.

Les partenaires sociaux soulignent l'importance de rendre la branche attractive en matière de complémentaire frais de santé à l'égard de l'ensemble des actuels et futurs collaborateurs, en leur assurant un accès aux garanties collectives définies par le présent accord.

Au-delà du régime obligatoire conventionnel de base instauré par le présent accord, les parties signataires rappellent que les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes plus favorables au bénéfice de leurs salariés.

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

Le champ d'application professionnel et territorial du présent accord est celui de la convention collective du commerce de détail horlogerie-bijouterie, tel que défini dans son article 1<sup>er</sup> du chapitre 1<sup>er</sup>, notamment modifié par l'avenant n° 40 du 20 mars 2019.

Le présent accord collectif abroge et remplace l'accord de branche relatif à un régime de complémentaire frais de santé du 16 décembre 2015 et ses avenants du 17 octobre 2019, du 7 février 2020, du 15 décembre 2020, du 13 septembre 2021 et du 8 décembre 2023.

Le choix de l'organisme assureur incombe à l'employeur, qui recueille préalablement l'avis des représentants du personnel lorsqu'ils existent.

L'organisme assureur choisi par l'entreprise assure la collecte des cotisations ainsi que le versement des prestations correspondant au moins aux garanties minimales obligatoires prévues par le présent accord.

## **Article 2 | Objet**

Cet accord a pour objet de définir les garanties minimales obligatoires frais de santé que toute entreprise entrant dans son champ d'application doit respecter. Elles ne peuvent notamment pas y pas déroger dans un sens moins favorable.

## **Article 3 | Bénéficiaires**

Les bénéficiaires des garanties instituées par le présent régime de frais de santé, sont l'ensemble des salariés, cadres et non cadres, entrant dans le champ d'application de la convention collective du commerce de détail de l'horlogerie bijouterie, sans condition d'ancienneté.

L'adhésion au régime conventionnel de base est obligatoire.

La complémentaire santé est obligatoire à l'ensemble des salariés susvisés à l'exception de ceux pouvant être dispensés, le cas échéant, dans les conditions citées ci-après.

### **Article 3.1 | Bénéficiaires à titre obligatoire**

Sont bénéficiaires du régime de base conventionnel obligatoire de frais de santé :

L'ensemble des salariés de l'entreprise, sans condition d'ancienneté :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail ou maladie professionnelle) et indemnisés par la sécurité sociale ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant la période du maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées pour partie par l'entreprise ;
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail ou qui, à défaut, sont assimilés à des salariés sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

### **Article 3.2 | Dérogations au caractère obligatoire**

L'adhésion des salariés au régime de remboursement conventionnel frais de santé est obligatoire.

Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité permettre aux salariés qui en expriment la volonté, et à condition qu'ils soient déjà couverts par un régime de remboursement frais de santé, de ne pas adhérer au régime conventionnel.

#### **Article 3.2.1 | Dispenses d'adhésion**

Les garanties conventionnelles sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion suivantes :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (12) mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze (12) mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au système de garanties les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d’une couverture complémentaire en application de l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l’embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient, y compris en qualité d’ayants droit ou dans le cadre d’un autre emploi (salarié multi-employeurs), d’une couverture collective relevant d’un dispositif de garantie frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté, à condition de le justifier chaque année.

### **Article 3.2.2 | Mise en œuvre de la dispense d’affiliation**

La mise en œuvre de l’un de ces cas de dispenses ne peut avoir lieu que sur demande expresse auprès de l’employeur formulée par le salarié concerné qui devra produire toute pièce lui permettant de justifier de sa situation.

À défaut d’une telle demande, dans les conditions définies ci-après, le salarié sera obligatoirement affilié au régime conventionnel obligatoire.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l’employeur a informé le salarié des conséquences de son choix, à savoir qu’il ne pourra pas bénéficier du contrat frais de santé mis en place au sein de l’entreprise ni de la portabilité des garanties frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le salarié ne bénéficie plus de la dispense d’affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d’ouvrant droit au bénéfice de l’une des dispenses d’affiliation définies ci-dessus ;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d’affiliation, à condition d’en faire la demande par écrit à son employeur.

Le salarié sera tenu de communiquer à son employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier sa situation.

À défaut, l’employeur procédera à son affiliation.

Le salarié aura également la possibilité de revenir à tout moment sur sa décision et solliciter, par écrit, auprès de son employeur, son adhésion au régime conventionnel. Dans ce cas, son adhésion prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande.

### **Article 3.3 | Extension des garanties « frais de santé »**

Conformément à l’article 3.1, seule l’adhésion du salarié est obligatoire.

Toutefois, une extension optionnelle de garanties frais de santé peut être souscrite, soit collectivement par l’employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

Ainsi, les entreprises peuvent également mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire plus élevée en souscrivant à l’un des deux niveaux optionnels (base intermédiaire ou base améliorée).

Les garanties peuvent être étendues aux ayants droit du salarié.

Pour l'application des dispositions au titre du présent régime, il faut entendre, au minimum, par ayants droit :

- le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin du salarié :
  - le conjoint : personne liée à l'affilié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
  - le partenaire lié par un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec l'affilié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
  - le concubin : personne vivant avec l'affilié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagné impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
  - âgés de moins de 21 ans ;
  - âgés de moins de 26 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études ;
  - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient titulaires d'une carte mobilité inclusion ;
- les enfants de l'affilié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes de l'affilié à condition d'être à sa charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

## **Article 4 | Conditions de suspension et de cessation des garanties**

### **Article 4.1 | Suspension des garanties**

Le bénéfice des garanties conventionnelles est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, il est à opérer une distinction entre les suspensions entraînant ou non rémunération ou indemnisation.

#### **Article 4.1.1 | Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée**

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit le cas échéant, est maintenue obligatoirement en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire total ou partiel ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans cette hypothèse, l'employeur versera une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnes dont relève le salarié, pendant toute la période de

suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement le salarié continuera à s'acquitter de sa propre part de cotisation.

#### **Article 4.1.2 | *Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée***

Dans les cas où la suspension du contrat de travail du salarié ne donne lieu ni à rémunération ni à indemnisation, le bénéfice des garanties conventionnelles est suspendu.

Il peut toutefois être maintenu à la demande du salarié, en cas de suspension du contrat de travail, pour l'un des congés suivants :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Le bénéfice des garanties conventionnelles pourra être maintenu, sous réserve que le salarié s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation au titre du régime frais de santé calculée selon les règles applicables à la catégorie dont il relève, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur. Ce dernier conserve cependant, s'il le souhaite, la possibilité de continuer à verser sa part.

#### **Article 4.2 | *Cessation des garanties***

L'affiliation au régime de frais de santé cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse par le salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur et sans préjudice aux dispositions relatives au maintien des garanties des retraités, tel que défini à l'article 5.2 ci-après ;
- à la date de rupture ou de cessation du contrat de travail du salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties ;
- à la date du décès du salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 3.3 du présent accord ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'assurance par l'employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation de la garantie optionnelle éventuellement souscrite par le salarié.

Au terme de l'affiliation du salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l'employeur sera tenu d'en informer l'organisme assureur.

#### **Article 5 | *Portabilité de la complémentaire santé***

##### **Article 5.1 | *Portabilité en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage***

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail,

non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Quant aux garanties concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou des options facultatives, étant précisé que s'il s'agit des options facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat pour que la portabilité soit assurée au titre de cette couverture optionnelle ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Les présentes dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au présent article.

Pour la mise en œuvre de la portabilité auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garanties pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier de ce maintien de garanties, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du France Travail, de décès).

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale).

## **Article 5.2 | Portabilité de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Évin**

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi Évin, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du présent régime à compter de l'affiliation de l'entreprise, les garanties frais de santé sont maintenues à l'identique :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement (allocations chômage), sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande

dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les six mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (cf. article 5.1 ci-avant) ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Les tarifs applicables aux personnes susvisées ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, conformément aux conditions fixées par le décret d'application de l'article 4 de la loi Évin.

En outre, cette adhésion, purement facultative, est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

## **Article 6 | Maintien de la couverture**

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses du contrat collectif d'assurance santé conclu au titre du présent régime devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'assureur maintiendra la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement dudit contrat.

Dès lors, si ce contrat prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

## **Article 7 | Financement**

Pour le financement des garanties du régime obligatoire conventionnel de base pour le salarié, la cotisation globale est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

En cas de mise en place du régime obligatoire par voie de décision unilatérale, d'accord collectif ou d'accord référendaire prévoyant une répartition différente, les partenaires sociaux rappellent que cette répartition ne pourrait être qu'améliorée au bénéfice du salarié.

## **Article 8 | Prestations**

Les actes et frais de santé relevant des postes mentionnés dans le tableau des garanties annexées au présent accord sont couverts par le régime obligatoire conventionnel de base ; il s'agit des niveaux de base des garanties conventionnelles que doit *a minima* respecter l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

À titre optionnel, afin d'orienter les entreprises de la branche qui souhaiteraient compléter les garanties du régime obligatoire conventionnel de base au bénéfice de leurs salariés et éventuellement de leurs conjoints et enfants à charge, les partenaires sociaux ont réfléchi aux garanties qui pourraient être améliorées.

Ces garanties font l'objet des régimes dénommés bases intermédiaire et améliorée.

Le régime de complémentaire santé est établi dans le respect des dispositions relatives aux contrats dits « responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.



Le tableau résumant le niveau des garanties est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties sera modifié par accord.

Les entreprises doivent en tout état de cause souscrire un contrat collectif d'assurance conforme aux dispositions du présent accord et à la couverture minimale qu'il institue.

## **Article 9 | Garanties présentant un degré élevé de solidarité**

Le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

À ce titre, le régime de branche a pour vocation de permettre aux entreprises de bénéficier des actions et d'outils à caractère non directement contributif.

Conformément aux dispositions réglementaires, l'employeur devra affecter 2 % des cotisations obligatoires frais de santé au financement de prestations présentant un degré élevé de solidarité, quel que soit l'organisme auprès duquel il sera assuré.

## **Article 10 | Commission paritaire de suivi et clause de rendez-vous**

Afin d'assurer un suivi de l'application du présent accord, les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une commission paritaire de suivi du régime de branche complémentaire frais de santé.

Cette commission est composée d'un collège « salariés » comprenant au maximum deux représentants par organisation syndicale représentative au niveau de la branche et signataire du présent accord, ainsi que d'un collège « employeurs » composé de représentants de l'organisation patronale représentative au sein de la branche et signataire du présent accord.

Les parties signataires du présent accord conviennent de se réunir au moins une fois par an dans le cadre de cette commission paritaire de suivi des régimes, afin notamment de :

- suivre la mise en œuvre du présent accord au sein des entreprises de la branche ;
- communiquer régulièrement sur le cadre légal et réglementaire applicable aux garanties instaurées par le présent accord ;
- consulter les différents acteurs sur leurs pratiques et le cas échéant, sur les actions de solidarité mises en œuvre au sein des entreprises de la branche ;
- proposer à la CPPNI de branche d'éventuelles évolutions de garanties en matière de complémentaire frais de santé.

## **Article 11 | Durée, entrée en vigueur et effets**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Celui-ci entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026 pour les employeurs membres ou adhérents de l'organisation signataire et pour les autres entreprises, le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'arrêté portant extension de ses dispositions aura été publié au *Journal officiel*.

Cet accord pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Par ailleurs, conformément aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du code du travail, le présent accord pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de l'accord et de ses avenants ultérieurs.



Le présent accord abroge et remplace l'accord de branche relatif à un régime de complémentaire frais de santé du 16 décembre 2015 et ses avenants du 17 octobre 2019, du 7 février 2020, du 15 décembre 2020, du 13 septembre 2021 et du 8 décembre 2023, en vigueur à la date de signature du présent accord.

Les dispositions du présent accord sont applicables de façon indifférenciée aux entreprises relevant de la branche et concernent donc de façon identique les entreprises de moins de 50 salariés et de 50 salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme, dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

## **Article 12 | Dépôt, extension et publicité**

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord collectif est notifié et déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier ainsi qu'une version sur support électronique, et remis au greffe du conseil de prud'hommes.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de l'insertion.

En application de l'article L. 2231-5-1 du code du travail, le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale en ligne des accords collectifs.

*Fait à Paris, le 10 juillet 2025*

(Suivent les signatures.)

## Annexe Garanties

	Base (R.O. inclus)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale y compris maternité</b>			
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Honoraires OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	180 % BR
Honoraires Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Forfait hospitalier journalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière (hors maternité)	-	20 € / jour	40 € / jour
Frais d'accompagnement (- de 16 ans)	-	10 € / jour	20 € / jour
Maternité - Chambre particulière	-	25 € / jour	50 € / jour
Maternité - Prime de naissance	-	5 % PMSS	10 % PMSS
<b>Soins médicaux courants</b>			
Consultations Généralistes - OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations Généralistes - Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultations Spécialistes - OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations Spécialistes - Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) <sup>(2)</sup>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Radiologie - OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Radiologie - Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Orthopédie et autres prothèses <sup>(3)</sup>	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Transport remboursé SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>			
Pharmacie remboursée à 65, 30 et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Optique</b>			
Équipement 100 % santé (verres et monture)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage 100 % santé (remboursée SS)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement panier libre (verres et monture)	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestation d'adaptation et d'appairage panier libre (remboursée SS)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées ou non SS (y compris jetables)	100 % BR + 70 €/an	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 200 €/an
<b>Dentaire</b>			
Soins et prothèses 100 % santé <sup>(4)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins remboursés SS ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Prothèses (limités à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) <sup>(4)</sup>	Prise en charge identique au panier libre dans la limite des HLF		
Panier maîtrisé	Actes remboursés SS		
Panier libre	Actes remboursés SS		
Onlays Inlays	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Orthodontie remboursée SS	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Orthodontie non remboursée SS	-	100 €/an/ bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Dents du sourire remboursées SS <sup>(5)</sup>	125 % BR	125 % BR + 150 € /an/bénéficiaire	125 % BR + 300 € /an/bénéficiaire
Dents de fond de bouche remboursées SS <sup>(6)</sup>	125 % BR	125 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	125 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Dents du sourire non remboursées SS <sup>(5)</sup>	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Dents de fond de bouche non remboursées SS <sup>(6)</sup>	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Implantologie : implant et pilier dentaire (hors nomenclature)	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
<b>Aides auditives <sup>(7)</sup></b>			
Équipement 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement panier libre	100 % BR	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
<b>Prévention et médecines douces</b>			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecines douces (ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs)	-	30 € / séance maxi 2 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance maxi 4 séances / an / bénéficiaire

Grille Optique panier libre <sup>2</sup>	Catégories	Base (R.O inclus)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
Type de verre		2 verres	2 verres	2 verres
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>				
sphère comprise entre - 6 à + 6	A	RSS + 100 €	RSS + 100 €	RSS + 300 €
sphère hors zone - 6 à + 6	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
<b>Verres simple foyer sphéro-cylindriques</b>				
sphère comprise entre - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	A	RSS + 100 €	RSS + 100 €	RSS + 300 €
sphère > 0 et sphère + cylindre ≤ + 6	A	RSS + 100 €	RSS + 200 €	RSS + 300 €
sphère comprise entre - 6 et 0 et cylindre > + 4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 6	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</b>				
sphère comprise entre - 4 à + 4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère hors zone de - 4 à + 4	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</b>				
sphère comprise entre - 8 et 0 et cylindre ≤ + 4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère > 0 et sphère + cylindre ≤ + 8	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère est comprise entre - 8 et 0 et cylindre > + 4	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère < - 8,00 et cylindre ≥ + 0,25	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
<b>Équipement mixte constitué de 2</b>		<b>2 verres</b>	<b>2 verres</b>	<b>2 verres</b>
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	B	RSS + 150 €	RSS + 300 €	RSS + 450 €
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	D	RSS + 150 €	RSS + 300 €	RSS + 450 €
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	E	RSS + 200 €	RSS + 300 €	RSS + 450 €
1 monture		100 % BR	75,00 €	100,00 €

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire.

<sup>(1)</sup> Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>(2)</sup> Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).

<sup>(3)</sup> Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste «Aides auditives».

<sup>(4)</sup> Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie.

<sup>(5)</sup> Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixes / Réparation sur prothèses.

Dents n° 11/12/13/14/15/21/22/23/24/25/31/32/33/34/35/41/42/43/44/45.

<sup>(6)</sup> Dents n° 16/17/18/26/27/28/36/37/38/46/47/48.

<sup>(7)</sup> Périodicité de la prise en charge : tous les 4 ans.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - SS : Sécurité Sociale - RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et Obstétrique - TM : Ticket Modérateur - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale