

Avenant n° 8 du 31 janvier 2024

NOR : AGRS2597008M

IDCC : 7005

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

Coopération agricole vignerons-coopérateurs,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et secteurs connexes, FGTA FO et le syndicat national FO, ingénieurs, cadres et techniciens ;

Fédération générale agroalimentaire FGA CFTD ;

Fédération CFE-CGC Agro ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le dispositif frais de santé de l'accord du 2 février 2011 relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans les coopératives vinicoles et leurs unions avec les évolutions réglementaires intervenues :

- en 2022, à savoir les dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail, la mise en place du tiers payant généralisé, du forfait patient urgences (FPU) et du dispositif MonPsy ;
- en 2023, à savoir la possibilité pour les pharmaciens, sage-femmes et infirmiers de prescrire et d'administrer les vaccins prévus par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans, l'exonération du ticket modérateur pour les transports urgents pré-hospitaliers (TUPH), le déremboursement des frais de transports sanitaires non urgents et des soins dentaires.

Par ailleurs, pour une meilleure lisibilité des garanties, la présentation du tableau figurant à l'article 2 du présent avenant a été modifiée, permettant ainsi aux assurés d'avoir connaissance du montant de remboursement total (régime obligatoire + régime complémentaire) des prestations couvertes par le contrat.

En outre, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de cinquante salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de cinquante salariés et ce, afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er} | Suspension du contrat de travail

Les dispositions du premier alinéa « 1. La période de suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation », de l'article 7 « Suspension du contrat de travail » de l'accord du 2 février 2011 sont modifiées comme suit :

« 1. La période de suspension du contrat de travail donne lieu à une indemnisation

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues au participant pendant la période de suspension de son contrat de travail, ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'employeur et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et tant que le participant ne reprend pas une activité ;

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par son employeur notamment, en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'employeur et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les conditions définies à l'article 6 "Cotisations et répartition" du présent accord. »

Article 2 | Les garanties

Les tableaux des garanties figurant en annexe de l'accord du 2 février 2011 sont modifiés comme suit :

« Les prestations du contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats "solidaires et responsables" »

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences (FPU), du forfait "actes lourds" et du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie, et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), ainsi qu'en dehors des paniers

de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Voir pages suivantes.)

Le tableau des garanties ci-après (hors Alsace-Moselle) remplace le tableau figurant en annexe de l'accord du 2 février 2011 :

REGIME HORS ALSACE – MOSELLE

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (y compris Régime de base)	Remboursement total (y compris Régime de base et Socle)
		Socle complémentaire	Régime optionnel
SOINS COURANTS			
● Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
- Honoraires médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	170 % BR
- Honoraires médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ , y compris non conventionnés	70 % BR	100 % BR	150 % BR
- Honoraires médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	170 % BR
- Honoraires médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ y compris non conventionnés	70 % BR	100 % BR	150 % BR
● Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sage-femmes et infirmiers	60 % BR	100 % BR	100 % BR
● Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances / an	60 % BR	100 % BR	100 % BR
● Analyses, examens de laboratoire ⁽²⁾	60 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70 % BR	100 % BR	100 % BR
● Actes de prévention ⁽³⁾	35 % BR à 70 % BR	100 % BR	100 % BR
● Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie	-	80 euros / an / bénéficiaire	80 euros / an / bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	65 % BR à 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % BR	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)	60 % BR à 100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
● Hospitalisation (hors psychiatrie)			
● Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	250 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ , y compris non conventionnés	80 % BR ou 100 % BR	200 % BR	200 % BR
● Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait Patient Urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (y compris Régime de base)	Remboursement total (y compris Régime de base et Socle)
		Socle complémentaire	Régime optionnel
HOSPITALISATION			
●Chambre particulière y compris en ambulatoire (/ jour / bénéficiaire dans la limite de 90 jours / an) ⁽⁷⁾	-	25 euros / jour	25 euros / jour
●Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (/ jour/ bénéficiaire dans la limite de 60 jours / an)	-	25 euros / jour	25 euros / jour
●Hospitalisation en psychiatrie			
●Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
●Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ y compris non conventionnés	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁸⁾			
●Équipement 100 % Santé ⁽⁹⁾			
- Monture de Classe A	60 % BR	100 % FR	100 % FR
- Verres de Classe A	60 % BR	100 % FR	100 % FR
- Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	60 % BR	100 % FR	100 % FR
●Autres équipements			
- Monture de Classe B	60 % BR	100 euros	100 euros
- Verre unifocal simple de Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	115 euros / verre	140 euros / verre
- Verre unifocal complexe de Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	145 euros / verre	170 euros / verre
- Verre multifocal ou progressif complexe de Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	190 euros / verre	240 euros / verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe de Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	240 euros / verre	290 euros / verre
●Prestations d'adaptation de la prescription ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR	100 % FR
●Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR	100 % FR
●Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	455 % BR + 200 euros / an bénéficiaire	455 % BR + 250 euros / an / bénéficiaire
●Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 euros / an / bénéficiaire	250 euros / an / bénéficiaire
●Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	150 euros / oeil
DENTAIRE			
●Soins et prothèses 100 % santé ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR	100 % FR
●Soins (hors 100 % Santé)	60 % BR	100 % BR	100 % BR
●Inlay Onlay (hors 100 % Santé)	60 % BR	100 % BR	100 % BR
●Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés	60 % BR	210 % BR + 300 euros / an bénéficiaire	320 % BR + 300 euros / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires libres	60 % BR	210 % BR + 300 euros / an bénéficiaire	320 % BR + 300 euros / an / bénéficiaire
●Parodontologie	0 % BR ou 60 % BR	100 % BR	100 % BR
●Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	200 % BR	250 % BR

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (y compris Régime de base)	Remboursement total (y compris Régime de base et Socle)
		Socle complémentaire	Régime optionnel
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
● Équipement 100 % Santé (Classe I) ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR	100 % FR
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	100 % BR	100 % + 860 euros / oreille / bénéficiaire / 4 ans
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	100 % BR	100 % + 1460 euros / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS			
● Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs)	-	200 euros	200 euros
● Transports Urgents Préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement ; FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste Soins courants « Honoraires médicaux – Honoraires des médecins spécialistes ».

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (Cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) **Forfait Patient Urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

(7) **Chambre particulière : limitée à 90 jours / an / bénéficiaire** pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue au tableau de garanties.

(8) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(9) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(10) **Verres Classe B** : ensemble des verres appartenant à une autre classe que celles à prise en charge renforcée (dit Equipements 100 % Santé), quelle que soit la nature du verre (unifocal, multifocal, progressif, sphérique ou sphéro-cylindrique) et la correction.

Verres unifocaux simples Classe B

- Verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries.
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries.
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries.
- Verres neutres

Verres unifocaux complexes Classe B

- Verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries.
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries.
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie.
- Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs complexes Classe B

- Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries.
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries.
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs très complexes Classe B

- Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries.
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries.
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie.
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries.

(11) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base+ régime complémentaire) est inchangé.

Le tableau des garanties ci-après (Alsace-Moselle) remplace le tableau figurant en annexe de l'accord du 2 février 2011 :

REGIME ALSACE – MOSELLE

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (y compris Régime de base)	Remboursement total (y compris Régime de base et Socle)
		Socle complémentaire	Régime optionnel
SOINS COURANTS			
● Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
- Honoraires médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	170 % BR
- Honoraires médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ , y compris non conventionnés	90 % BR	100 % BR	150 % BR
- Honoraires médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % BR	170 % BR
- Honoraires médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ y compris non conventionnés	90 % BR	100 % BR	150 % BR
● Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sage-femmes et infirmiers	90 % BR	100 % BR	100 % BR
● Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	90 % BR	100 % BR	100 % BR
● Analyses, examens de laboratoire ⁽²⁾	90 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	90 % BR	100 % BR	100 % BR
● Actes de prévention ⁽³⁾	35 % BR à 90 % BR	100 % BR	100 % BR
● Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie	-	80 euros / an / bénéficiaire	80 euros / an / bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	90 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % BR	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)	90 % BR à 100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
● Hospitalisation (hors psychiatrie)			
● Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	250 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ , y compris non conventionnés	100 % BR	200 % BR	200 % BR
● Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Forfait Patient Urgences ⁽⁶⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (y compris Régime de base)	Remboursement total (y compris Régime de base et Socle)
		Socle complémentaire	Régime optionnel
HOSPITALISATION			
•Chambre particulière y compris en ambulatoire (/ jour / bénéficiaire dans la limite de 90 jours / an) ⁽⁷⁾	-	25 euros / jour	25 euros / jour
• Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (/ jour/ bénéficiaire dans la limite de 60 jours / an)	-	25 euros / jour	25 euros / jour
•Hospitalisation en psychiatrie			
•Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
•Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾ y compris non conventionnés	100 % BR	100 % BR	100 % BR
•Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
OPTIQUE			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁸⁾			
•Équipement 100 % Santé ⁽⁹⁾			
- Monture de Classe A	90 % BR	100 % FR	100 % FR
- Verres de Classe A	90 % BR	100 % FR	100 % FR
- Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	90 % BR	100 % FR	100 % FR
•Autres équipements			
- Monture de Classe B	90 % BR	100 euros	100 euros
- Verre unifocal simple de Classe B ⁽¹⁰⁾	90 % BR	115 euros / verre	140 euros / verre
- Verre unifocal complexe de Classe B ⁽¹⁰⁾	90 % BR	145 euros / verre	170 euros / verre
- Verre multifocal ou progressif complexe de Classe B ⁽¹⁰⁾	90 % BR	190 euros / verre	240 euros / verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe de Classe B ⁽¹⁰⁾	90 % BR	240 euros / verre	290 euros / verre
•Prestations d'adaptation de la prescription ⁽⁹⁾	90 % BR	100 % FR	100 % FR
•Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B ⁽⁹⁾	90 % BR	100 % FR	100 % FR
•Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	455 % BR + 200 euros / an / bénéficiaire	455 % BR + 250 euros / an / bénéficiaire
•Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 euros / an / bénéficiaire	250 euros / an / bénéficiaire
•Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	150 euros / oeil
DENTAIRE			
•Soins et prothèses 100 % santé ⁽⁹⁾	90 % BR	100 % FR	100 % FR
•Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	100 % BR	100 % BR
•Inlay Onlay (hors 100 % Santé)	90 % BR	100 % BR	100 % BR
•Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés	90 % BR	210 % BR + 300 euros / an / bénéficiaire	320 % BR + 300 euros / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires libres	90 % BR	210 % BR + 300 euros / an / bénéficiaire	320 % BR + 300 euros / an / bénéficiaire
•Parodontologie	0 % BR ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR
•Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	200 % BR	250 % BR

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (y compris Régime de base)	Remboursement total (y compris Régime de base et Socle)
		Socle complémentaire	Régime optionnel
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
● Équipement 100 % Santé (Classe I) ⁽⁹⁾	90 % BR	100 % FR	100 % FR
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	100 % BR	100 % + 440 euros / oreille / bénéficiaire / 4 ans
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	100 % BR	100 % + 1340 euros / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS			
● Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs)	-	200 euros	200 euros
● Transports Urgents Préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement ; FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste Soins courants « Honoraires médicaux – Honoraires des médecins spécialistes ».

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (Cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) **Forfait Patient Urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du Code de la Sécurité sociale.

(7) **Chambre particulière** : limitée à 90 jours / an / bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue au tableau de garanties.

(8) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(9) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(10) **Verres Classe B** : ensemble des verres appartenant à une autre classe que celles à prise en charge renforcée (dit Équipements 100 % Santé), quelle que soit la nature du verre (unifocal, multifocal, progressif, sphérique ou sphéro-cylindrique) et la correction.

Verres unifocaux simples Classe B

Verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries.

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries.

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries.

Verres neutres

Verres unifocaux complexes Classe B

Verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries.

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries.

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie.

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs complexes Classe B

Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries.

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries.

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs très complexes Classe B

Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries.

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries.

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie.

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries.

(11) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1 700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi. En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base+ régime complémentaire) est inchangé.

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur au plus tard, le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Article 4 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Paris, le 31 janvier 2024.

(Suivent les signatures.)