

Avenant n° 4 du 4 juillet 2025

à l'avenant n° 152 du 5 octobre 2015
relatif à la complémentaire santé

NOR : ASET2550725M

IDCC : 489

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

CAP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FIBOPA CFE-CGC ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant s'inscrit dans le cadre de la politique de branche initiée depuis 2011 visant à permettre aux entreprises et aux salariés du secteur du cartonnage et des articles de papeterie d'avoir accès à des garanties de couverture de frais de santé complémentaires de celles légalement obligatoires, dans des conditions tarifaires optimales et mutualisées sur l'ensemble des salariés de la branche.

L'avenant n° 4 est conclu à l'issue de la procédure quinquennale d'appel d'offre, menée par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, telle que définie par les dispositions des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, et visant à co-recommander deux organismes assureurs chargés de couvrir et d'organiser la gestion et la mutualisation des garanties complémentaires de frais de santé collectives et obligatoires mises en place par l'avenant n° 152 du 5 octobre 2015.

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2026, les dispositions de l'avenant n° 152 conclu le 5 octobre 2015 et modifié par les avenants n° 1 du 15 novembre 2017, n° 2 en date du 23 septembre 2019 et n° 3 en date du 9 octobre 2020, relatif à la complémentaire santé au regard des dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains

frais de santé et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « contrat responsable »).

Article 1^{er} | Recommandation

Les dispositions de l'article 12 relatives aux organismes recommandés pour la gestion des garanties de complémentaire santé collective sont supprimées et modifiées comme suit :

En application des dispositions des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une procédure de mise en concurrence a été organisée au terme de laquelle la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation a procédé à la co-recommandation des deux organismes assureurs suivants :

■ APGIS :

Institution de prévoyance agréée par le ministère chargé de la sécurité sociale sous le n° 930, régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale. SIREN n° 304-217-904.

Siège social : 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex.

■ PRODIGEO :

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le code des assurances, RCS Paris B482 011 269. Siège social : 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Les modalités d'organisation de la co-recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux de la branche, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximal de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.


À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.



(Voir page suivante.)

Article 2 | Annexe 1 « Prestations du régime »

L'annexe 1 de l'avenant 152 est supprimée et modifiée comme suit :


Les Garanties définies ci-après sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 du code de la Sécurité Sociale et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ». Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.



GARANTIES CONVENTIONNELLES (BASE)		
NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾ Garanties Conventionnelles (base)	
	Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier et forfait urgences (4)	100% FR	
Frais de séjour	250 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	250 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	60 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non</u> remboursés par le RO	60 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	170 % BR	150 % BR
- Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux	150 % BR	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité Sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy Santé"	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	Néant	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	Néant	
- Patch anti-tabac	Néant	
Matériel médical	100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 % BR + 400 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire	

OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3).	
Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées	
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * - Monture	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de -6 à +6 o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8 o Sphère < -8 ou > +8 	90 € 100 € 110 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0 o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6 o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6 o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0 o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6 o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6 o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 	100 € 100 € 120 € 110 € 120 € 100 € 120 € 130 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de -4 à +4 o Sphère < -4 ou > +4 	160 € 170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de -8 à +8 o Sphère < -8 ou > +8 	180 € 190 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices - Remboursées par le RO	150 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques - Kératochirurgie	300 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » * - Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » * - Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Dent visible 300 % BR </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Dent non visible 250 % BR </div>	
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Orthodontie - Remboursée par le RO	300 % BR
- Non remboursée par le RO	200 % BRR
Autres prestations dentaires - Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	300 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	900 € par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES (3)	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	150 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	100 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	Néant
Psychologue <i>non remboursé par le RO</i>	Néant
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI


GARANTIES CONVENTIONNELLES (BASE) + OPTION 1



NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION 1 (1)	
	Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventionnelles (base)	
	Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier et forfait urgences (4)	100% FR	
Frais de séjour	350 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	350 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	80 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non</u> remboursés par le RO	80 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	150 % BR	130 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	200 % BR	175 % BR
- Actes techniques médicaux	200 % BR	175 % BR
- Actes d'imagerie médicale	200 % BR	175 % BR
Honoraires paramédicaux	200 % BR	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité Sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy Santé"	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	200 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	100 € par an et par bénéficiaire	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	100 € par an et par bénéficiaire	
- Patch anti-tabac	150 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical	100 % BR + 600 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 % BR + 600 € par oreille appareillée, limité à 1700 € par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR + 600 € par an et par bénéficiaire	

OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3).	
Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées	
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * - Monture :	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de -6 à +6 o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8 o Sphère < -8 ou > +8 	110 € 120€ 130€
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0 o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6 o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6 o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0 o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6 o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6 o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 	120 € 120 € 140 € 130 € 140 € 120 € 140 € 150€
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de -4 à +4 o Sphère < -4 ou > +4 	180 € 190 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de -8 à +8 o Sphère < -8 ou > +8 	200 € 210 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices - Remboursées par le RO	250 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	250 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques - Kératochirurgie	500 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » * - Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » * - Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	375 % BR
Dent non visible	300 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
Orthodontie - Remboursée par le RO	350 % BR
- Non remboursée par le RO	250 % BRR
Autres prestations dentaires - Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	400 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	1200€ par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	250 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	200 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100% BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	50 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue <i>non remboursé par le RO</i>	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

GARANTIES CONVENTIONNELLES (BASE) + OPTION 2

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION 2 ⁽¹⁾ Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventionnelles (base)	
	Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier et forfait urgences (4)	100% FR	
Frais de séjour	450 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	450 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	100 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non</u> remboursés par le RO	100 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non Signataires DPTM (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	200 % BR	180 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	250 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux	300 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	300 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	300 % BR	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité Sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy Santé"	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	300 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	
- Patch anti-tabac	250 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical	100 % BR + 800 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 % BR + 800 € par oreille appareillée, limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR + 800 € par an et par bénéficiaire	

OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. (3)	
Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées	
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * - Monture :	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> Sphère de -6 à +6 Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8 Sphère < -8 ou > +8 	130 € 140 € 150 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> Cylindre < +4 sphère de -6 à 0 Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6 Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6 Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 Cylindre > +4 sphère de -6 à 0 Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6 Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6 Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 	140 € 140 € 160 € 150 € 160 € 140 € 160 € 170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> Sphère de -4 à +4 Sphère < -4 ou > +4 	200 € 210 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre) <ul style="list-style-type: none"> Sphère de -8 à +8 Sphère < -8 ou > +8 	220 € 230 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices - Remboursées par le RO	350 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	350 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques - Kératochirurgie	800 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » * - Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » * - Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	475 % BR
Dent non visible	350 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	500 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
Orthodontie - Remboursée par le RO	450 % BR
- Non remboursée par le RO	350 % BRR
Autres prestations dentaires - Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	500 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	1500€ par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité - Forfait maternité : naissance	350 € par naissance
Cure thermique - Remboursée par le RO	300 % BR
Médecine douce - Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage - Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	100 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue non remboursé par le RO	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

PRECISIONS SUR LES GARANTIES CONVENTIONNELLES ET OPTIONNELLES

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) se concrétise par les dispositifs OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique. L'OPTAM et l'OPTAM-ACO négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux sont les dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Application du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Précisions sur les garanties :

Implantologie dentaire : Pour chaque implant dentaire, l'Institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

Natalité : Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties

Cure thermique : Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.

Médecine douce : Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

(4) sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

La situation des TPE/PME a été examinée dans le cadre de cette négociation. S'agissant d'un accord améliorant le régime de santé dont relève l'ensemble des entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés, il n'a pas été jugé utile et opportun de définir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Aussi, dans le cadre la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4 | Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 5 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 et ce pour une durée indéterminée.

Article 6 | Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Paris, le 4 juillet 2025.

(Suivent les signatures.)