

Avenant n° 2 du 13 avril 2026

à l'accord du 6 octobre 2015

relatif à l'obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal
de « protection santé » (transport sanitaire)

NOR : ASET2650573M

IDCC : 16

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

OTRE ;

TLF ;

FNTR ;

FNTV,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

SNATT CFE-CGC ;

FNST CGT ;

FGT CFTC ;

FGTE CFDT ;

FO UNCP,

d'autre part,

Préambule

Par décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 pris pour l'application des articles L. 165-1 et suivants du code de la sécurité sociale, a été étendue une prise en charge renforcée des prestations « 100 % santé », pour certaines prothèses capillaires et la location courte durée de véhicules destinés à des personnes en situation de handicap.

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale a été complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 7° Des dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

8° Des dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour des

véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. »

Par le présent avenant, les partenaires sociaux mettent à jour les dispositions de l'accord du 6 octobre 2015 relatif à l'obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » dans les entreprises exerçant des activités de transport sanitaire et conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er} | Mise à jour des prestations

À compter du 1^{er} janvier 2026, les prestations figurant aux annexes I, II et III de la couverture complémentaire des frais de santé dans les entreprises exerçant des activités de transport sanitaire mise en place par l'accord du 6 octobre 2015 sont modifiées et remplacées par les nouvelles prestations annexées au présent avenant.

Article 2 | Période de tolérance. Précisions du BOSS

Le cahier des charges des contrats dits « responsables », au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, a été modifié par le décret en Conseil d'État n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 :

- depuis le 1^{er} décembre 2025, il prévoit un accès sans reste à charge à certains véhicules pour personnes en situation de handicap ;
- depuis le 1^{er} janvier 2026, il prévoit un accès sans reste à charge à certaines prothèses capillaires.

Depuis ces dates, les organismes complémentaires doivent garantir auprès de leurs assurés, adhérents et souscripteurs le remboursement de ces dispositifs.

Toutefois, afin de prendre en compte les contraintes juridiques et techniques liées à la modification des contrats et des actes fondateurs des régimes de protection sociale complémentaire, il est demandé que les contrôles réalisés par les URSSAF ne conduisent pas à une remise en cause du caractère responsable des contrats de la façon suivante :

- dans les contrats complémentaires frais de santé conclus, renouvelés ou prenant effet d'ici le 1^{er} juin 2026 compris, l'absence de mention de ces nouvelles garanties sur les prothèses capillaires et les fauteuils roulants n'est pas de nature, jusqu'au 31 décembre 2026, à priver ces contrats de leur caractère responsable. Les contrats conclus, renouvelés ou prenant effet après le 1^{er} juin 2026 devront, quant à eux, mentionner immédiatement le remboursement complémentaire de ces garanties pour être considéré comme un contrat responsable ;
- s'agissant des régimes collectifs et obligatoires frais de santé institués par un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils mentionneraient les garanties du cahier des charges du contrat responsable, l'absence de mention de la prise en charge des nouvelles garanties précitées n'est pas de nature à remettre en cause le bénéfice de l'exclusion d'assiette jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.

Article 3 | Dispositions spécifiques

Entreprises de moins de 50 salariés

Les présentes dispositions sont applicables quel que soit l'effectif de l'entreprise sans qu'il soit nécessaire de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Égalité professionnelle

Les partenaires sociaux de la branche affirment leur attachement à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et, conformément aux dispositions du code du travail, s'engagent à tendre à la suppression des écarts de rémunérations et à promouvoir l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Cet engagement a d'ailleurs été rappelé dans l'accord conventionnel de branche du 4 juin 2020 sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Article 4 | Durée et entrée en application

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en application à compter de sa signature, dans le respect des dates visées ci-dessus.

Article 5 | Publicité et dépôt

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail et d'une demande d'extension dans les conditions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 13 avril 2026.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau de garanties régime frais de santé TRS (régime de base et option 1 et option 2)

	BASE TRS	OPTION 1 (en complément de la base)	OPTION 2 (en complément de la base)
NATURE DES ACTES Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale			
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)			
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés			
Consultations et visites de généralistes	100 % de la BR	+ 55 % de la BR	+ 100 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	100 % de la BR	+ 55 % de la BR	+ 100 % de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)			
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés			
Consultations et visites de généralistes	100 % de la BR	+ 35 % de la BR	+ 80 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	100 % de la BR	+ 35 % de la BR	+ 80 % de la BR
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés			
Consultations et visites de généralistes	100 % de la BR	+ 35 % de la BR	+ 80 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	100 % de la BR	+ 35 % de la BR	+ 80 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 55 % de la BR	+ 100 % de la BR

Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 35 % de la BR	+ 80 % de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	100 % de la BR	-	+ 90 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)			
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR	-	100% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR	-	+ 80 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	-	+ 90 % de la BR
MEDICAMENTS			
Médicaments remboursés par la SS	100 % de la BR	-	-
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)			
Matériel médical "100% santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	100 % de la BR	+ 45 % de la BR	+ 65 % de la BR
AUTRES SOINS COURANTS			
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la SS	100 % de la BR	-	-
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 85 % de la BR	+ 160 % de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 65 % de la BR	+ 100 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale	-	-
FRAIS DE SEJOUR	100 % de la BR	+ 85 % de la BR	+ 160 % de la BR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour	1 % du PMSS	+ 0,20 % du PMSS	+ 1 % du PMSS
Frais d'accompagnant par jour - moins de 16 ans	1 % du PMSS	+ 0,20 % du PMSS	+ 0,40 % du PMSS

FORFAIT ACTES LOURDS	Prise en charge intégrale	-	-
FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale	-	-
DENTAIRE			
SOINS			
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	110 % de la BR	+ 70 % de la BR	+ 90 % de la BR
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"			
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	-	-
PROTHESES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés ⁽¹⁾	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	+ 50 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	+ 165 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays onlays ⁽¹⁾	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	+ 50 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	+ 90 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	150 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 165 % de la BR
Inlays onlays	150 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 90 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	-	+ 110 % de la BRR	+ 220 % de la BRR
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SS			
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	-	-	-
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	-	-	+ 7 % du PMSS
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS par semestre et par bénéficiaire	150 % de la BR	+ 70 % de la BR	+ 70 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS par semestre et par bénéficiaire	-	+ 100 % de la BRR	+ 100 % de la BRR

OPTIQUE Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.				
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)				
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)				
Deux verres simples		4,20% du PMSS (dans la limite de 420€ verres + monture)	+ 1,50% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 420 € y compris les prestations du régime de base)	+ 4,30% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 420 € y compris les prestations du régime de base)
Un verre simple et un verre complexe		5,30% du PMSS (dans la limite de 560€ verres + monture)	+ 1,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 560 € y compris les prestations du régime de base)	+ 7,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 560 € y compris les prestations du régime de base)
Deux verres complexes		5,30% du PMSS (dans la limite de 700€ verres + monture)	+ 1,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 700 € y compris les prestations du régime de base)	+ 7,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 700 € y compris les prestations du régime de base)
Un verre simple et un verre très complexe		5,30% du PMSS (dans la limite de 610€ verres + monture)	+ 1,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 610 € y compris les prestations du régime de base)	+ 7,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 610 € y compris les prestations du régime de base)
Un verre complexe et un verre très complexe		5,30% du PMSS (dans la limite de 750€ verres + monture)	+ 1,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 750 € y compris les prestations du régime de base)	+ 7,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 750 € y compris les prestations du régime de base)
Deux verres très complexes		5,30% du PMSS (dans la limite de 800€ verres + monture)	+ 1,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 800 € y compris les prestations du régime de base)	+ 7,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 800 € y compris les prestations du régime de base)
Monture		4 % du PMSS	-	-

PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-	-
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-	-
LENTILLES				
Lentilles correctrices				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) ⁽²⁾	6% du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	+ 1,50 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	+ 2,50 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	-	+ 7,50 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	+ 8,50 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	
CHIRURGIE REFRACTIVE				
Chirurgie de la vision (chirurgie laser de la myopie) par œil par an et par bénéficiaire	-	+ 8 % du PMSS	+ 10 % du PMSS	
AIDE AUDITIVE				
Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille				
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)				
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-	-
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II) La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS				
Aide auditive remboursée par la SS	100 % de la BR par appareil	+ 45 % de la BR	+ 65 % de la BR	
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS	100 % de la BR	-	-	
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE				
Forfait global médecine douce non remboursée par la SS par an et par bénéficiaire				
Ostéopathie ⁽⁴⁾	80 €	+ 50 €	+ 90 €	
Forfait global prévention				
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	-	-	-	
Sevrage tabagique prescrit (patches anti-tabac) par an et par bénéficiaire	30 €	-	-	-

DIVERS				
CURES THERMALES				
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire				
Cures thermales Honoraires	-	-	-	+ 100 % de la BR
Cures thermales - Transport et hébergement	-	-	-	+ 7 % du PMSS
NAISSANCE - ADOPTION				
Forfait par enfant	-		+ 6 % du PMSS	+ 12 % du PMSS
TRANSPORT				
Frais de transport remboursés par la SS		125 % de la BR	+ 5 % de la BR	+ 70 % de la BR

(1) La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.

(2) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €, y compris les prestations du régime de base.

(3) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(4) Les professionnels doivent être inscrits au registre ADELI

* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthesie, chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale. Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

Annexes 2 et 3 Tableau de garanties régime frais de santé TRS (régime de base et régime amélioré 1 et régime amélioré 2)

	BASE TRS	REGIME AMELIORE 1 (en complément de la base)	REGIME AMELIORE 2 (en complément de la base)
NATURE DES ACTES			
Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale			
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)			
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés			
Consultations et visites de généralistes	100 % de la BR	+ 65% de la BR	+ 120 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	100 % de la BR	+ 60 % de la BR	+ 120 % de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)			
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés			
Consultations et visites de généralistes	100 % de la BR	+ 45 % de la BR	+ 100 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	100 % de la BR	+ 40 % de la BR	+ 100 % de la BR
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés			
Consultations et visites de généralistes	100 % de la BR	+ 45 % de la BR	100 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	100 % de la BR	+40 % de la BR	100 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 60 % de la BR	+ 120 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 40 % de la BR	+ 100 % de la BR

HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)	100 % de la BR	-	+ 110 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)			
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	-	+ 120 % de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	-	+ 100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	-	+ 110 % de la BR
MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SS	100 % de la BR	-	-
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)			
Matériel médical "100% santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	100 % de la BR	+ 55 % de la BR	+ 75 % de la BR
AUTRES SOINS COURANTS			
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la SS	100 % de la BR	-	-
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 90 % de la BR	+ 180 % de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR	+ 70 % de la BR	+ 100 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale	-	-
FRAIS DE SEJOUR	100 % de la BR	+ 90 % de la BR	+ 180 % de la BR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour	1 % du PMSS	+ 0,50 % du PMSS	+ 1,50 % du PMSS
Frais d'accompagnement par jour - moins de 16 ans	1 % du PMSS	+ 0,50 % du PMSS	+ 1 % du PMSS
FORFAIT ACTES LOURDS	Prise en charge intégrale	-	-
FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale	-	-

DENTAIRE				
SOINS				
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)		110 % de la BR	+ 75 % de la BR	+ 110 % de la BR
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE" (*)				
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation		-	-
PROTHESES				
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés ⁽¹⁾	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	+ 70 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation		+ 185 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays onlays ⁽¹⁾	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	+ 70 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation		+ 110 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	150 % de la BR	+ 70 % de la BR		+ 185 % de la BR
Inlays onlays	150 % de la BR	+ 70 % de la BR		+ 110 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	-	+ 110 % de la BRR		+ 220 % de la BRR
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS				
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	-	-		+ 8 % du PMSS
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la SS par semestre et par bénéficiaire	150 % de la BR	+ 70 % de la BR		+ 70 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS par semestre et par bénéficiaire	-	+ 100 % de la BRR		+ 100 % de la BRR
OPTIQUE Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.				
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)				
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente		-	-

EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)				
Deux verres simples		4,20% du PMSS (dans la limite de 420€ verres + monture)	+ 2,40% du PMSS (dans la limite globale (verres + monture ²) de 420 €, y compris les prestations du régime de base)	+ 4,80% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 420 €, y compris les prestations du régime de base)
	Un verre simple et un verre complexe	5,30% du PMSS (dans la limite de 560€ verres + monture)	+ 2,70% du PMSS (dans la limite globale (verres + monture ²) de 560 €, y compris les prestations du régime de base)	+ 8,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 560 €, y compris les prestations du régime de base)
		Deux verres complexes	5,30% du PMSS (dans la limite de 700€ verres + monture)	+ 2,70% du PMSS (dans la limite globale (verres + monture ²) de 700 €, y compris les prestations du régime de base)
Un verre simple et un verre très complexe		5,30% du PMSS (dans la limite de 610€ verres + monture)	+ 2,70% du PMSS (dans la limite globale (verres + monture ²) de 610 €, y compris les prestations du régime de base)	+ 8,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 610 €, y compris les Prestations du régime de base)
	Un verre complexe et un verre très complexe	5,30% du PMSS (dans la limite de 750€ verres + monture)	+ 2,70% du PMSS (dans la limite globale (verres + monture ²) de 750 €, y compris les prestations du régime de base)	+ 8,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 750 €, y compris les prestations du régime de base)
Deux verres très complexes		5,30% du PMSS (dans la limite de 800€ verres + monture)	+ 2,70% du PMSS (dans la limite globale (verres + monture ²) de 800 €, y compris les prestations du régime de base)	+ 8,70% (dans la limite globale (verres + monture ²) de 800 €, y compris les prestations du régime de base)
	Monture	4 % du PMSS	-	-

PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-	-
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-	-
LENTILLES				
Lentilles correctrices				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) ⁽³⁾	6% du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	+ 3 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	+ 4 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	-	+ 9 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	+ 10 % du PMSS tous les 2 ans et par bénéficiaire	
CHIRURGIE REFRACTIVE				
Chirurgie de la vision (chirurgie laser de la myopie) par œil par an et par bénéficiaire	-	+ 8 % du PMSS	+ 10 % du PMSS	
AIDE AUDITIVE Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille				
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)				
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	-	-	-
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II) La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS				
Aide auditive remboursée par la SS	100 % de la BR par appareil	+ 50 % de la BR	+ 65 % de la BR	
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS	100 % de la BR	-	-	
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE				
Forfait global médecine douce non remboursée par la SS				
Ostéopathie ⁽⁴⁾	80 € par an et par bénéficiaire	+ 60 €	+ 100 €	

Vaccins prescrits non remboursés par la SS	-	-	-
Sevrage tabagique prescrit (patches anti-tabac)	30 € par an et par bénéficiaire	-	-
DIVERS			
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire			
Cures thermales Honoraires	-	-	+ 100 % de la BR
Cures thermales - Transport et hébergement	-	-	+ 8 % du PMSS
NAISSANCE - ADOPTION		-	
Forfait par enfant	-	+ 6 % du PMSS	+ 12 % du PMSS
TRANSPORT			
Frais de transport remboursés par la SS	125 % de la BR	+ 25 % de la BR	+ 90 % de la BR

(1) La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.

(2) Le montant du remboursement de la monture est plafonné à 100 €, y compris les prestations du régime de base.

(3) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(4) Les professionnels doivent être inscrits au registre ADELI

* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale. Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.