

Convention collective nationale

**IDCC : 405. – ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX
DE L'UNION INTERSYNDICALE
DES SECTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX
(26 août 1965)**

AVENANT N° 01-2015 DU 14 AVRIL 2015
À L'AVENANT N° 09-2014 DU 30 JUIN 2014
RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1550760M

IDCC : 405

PRÉAMBULE

L'avenant n° 09-2014 du 30 juin 2014 à la convention collective nationale du travail secteurs sanitaire, social et médico-social du 26 août 1965 a défini les caractéristiques de la mise en place d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé.

Postérieurement à la signature de cet avenant, le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 a précisé les règles que doivent respecter les contrats complémentaires frais de santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées au dispositif des « contrats responsables ». Ce décret a été complété par la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

Aussi, les partenaires sociaux ont décidé de mettre en conformité dès à présent leur régime conventionnel frais de santé en adaptant les tableaux de garanties de l'avenant n° 09-2014 au nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Par ailleurs, ce régime s'inscrit dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et se doit de présenter un degré élevé de solidarité, dont les conditions restaient à fixer par décret. Ce décret étant paru le 13 décembre 2014 (décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014), les partenaires sociaux ont donc également souhaité intégrer au régime conventionnel de complémentaire santé des dispositions en ce sens.

Article 1^{er}

Article 3.2 « Maintien de la couverture du régime de complémentaire santé en application de l'article de la loi Evin », 2^e alinéa, 2^e phrase :

Remplacer : « L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié et ses ayants droit en cas de décès. »

Par : « L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié. »

Article 2

Article 5 « Prestations » :

2^e alinéa : remplacer « Le tableau résumant le niveau des garanties dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe II à titre informatif, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. »

Par : « Le tableau résumant le niveau des garanties dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe II, est conforme aux exigences des contrats dits responsables en application des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale et au panier de soins minimum défini aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale. »

Ajouter à la fin du texte :

« Le régime conventionnel présente un degré élevé de solidarité, au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de son décret d'application susmentionné. A ce titre, sont prévues des prestations à caractère non directement contributif dans les conditions exposées ci-dessous.

Le financement du degré élevé de solidarité est fixé à 2 % des cotisations (hors taxes) ; il est créé à cette fin un fonds de solidarité dédié.

Ces actions de solidarité bénéficient à l'ensemble des salariés couverts par une garantie frais de santé dont le niveau est au moins égal à celui fixé par le régime conventionnel.

Les organismes recommandés visés mettent en œuvre ces mesures au profit des salariés et anciens salariés bénéficiaires de la garantie frais de santé dans le cadre de la recommandation, en application du règlement du fonds de solidarité dédié.

Les entreprises n'adhérant pas au régime recommandé doivent mettre en œuvre ces mesures auprès des organismes assureurs auprès desquels elles organisent la couverture frais de santé de leurs salariés. La commission paritaire de branche se réserve le droit de contrôler la mise en œuvre des orientations prises par lesdits organismes assureurs.

Dans le cadre du degré élevé de solidarité et dans le respect du décret du 11 décembre 2014, les partenaires sociaux décident de mettre en œuvre des actions selon les orientations suivantes :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale) bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- le financement d'actions de prévention ;
- la prise en charge de prestations d'actions sociales au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. La commission paritaire nationale décide alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montant et périodes), des orientations des actions de prévention, des règles de fonctionnement et des modalités en matière d'action sociale.

La commission paritaire nationale procède aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. A cette fin, les organismes assureurs recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer. »

Article 3

Article 6 « Suivi du régime complémentaire frais de santé », 3^e alinéa :

Remplacer : « Le régime de complémentaire santé est administré par la commission nationale paritaire, qui assure le suivi du régime de base, des options et des contrats “sur mesure” et pourra se faire assister d’un expert de son choix. »

Par : « Le régime de complémentaire santé est administré par la commission nationale paritaire, qui assure le suivi du régime de base, des options et pourra se faire assister d’un expert de son choix. »

Article 4

Article 7 « Organismes assureurs recommandés » :

Remplacer : « AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 621 419, siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
- ADREA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 311 799 878, siège social : 104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 627 391, siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
- EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 317 442 176, siège social : 25, route de Montfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
- HARMONIE Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 434 243 085, siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex. »

Ces mutuelles, coassureurs du régime, confient la coordination du dispositif et l’interlocution à Mutex, entreprise régie par le code des assurances, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Par : « AG2R Prévoyance, membre du groupe AG2R La Mondiale, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, membre du GIE AG2R Reunica.

Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- Mutuelle CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 621 419, siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris, substituée intégralement par MUTEX UNION, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n° 442 574 166, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex ;
- ADREA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 311 799 878, siège social : 104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;

- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 627 391, siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille ;
- EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 317 442 176, siège social : 44, rue Copernic, 75016 Paris ;
- HARMONIE Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 434 243 085, siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex ;
- MUTEX, entreprise régie par le code des assurances, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Ces mutuelles sont coassureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance mutualiste. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX. »

Article 5

Article 9 « Effet et durée » :

1^{er} alinéa :

Remplacer : « Il pourra toutefois être résilié :

- par les partenaires sociaux à la suite de la remise en cause de l'avenant n° 09-2014 ;
- par les organismes assureurs recommandés.

Un préavis de 6 mois devra être respecté dans les deux cas et l'auteur de la résiliation devra faire part de celle-ci par lettre recommandée avec avis de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent contrat. »

Par : « Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés au 31 décembre de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de 6 mois avant l'échéance.

L'auteur de la résiliation devra faire part de celle-ci par lettre recommandée avec avis de réception adressée à toutes les autres parties au(x) contrat(s). »

6^e alinéa : « En cas de dénonciation de l'avenant... ».

Remplacer : « les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation ».

Par : « les prestations en cours de service sont maintenues au même niveau jusqu'au jour de la résiliation ».

Supprimer le dernier paragraphe : « La poursuite des revalorisations futures... article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. »

Article 6

Effet et durée

Le présent avenant prend effet le 1^{er} avril 2015, sous réserve de son agrément ministériel, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à Charenton-le-Pont, le 14 avril 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UNISSS Charenton ;

SNAMIS ;

SISMES.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

CFE-CGC.

ANNEXE I

TABLEAU DE GARANTIES DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE BASE

Les garanties s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale.

Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	150% BR	Néant
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	150% BR hors CAS* (170% BR médecins adhérents CAS*)	Néant
Actes d'anesthésie (ADA)		
Autres honoraires		
Chambre particulière	1,5% du PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)	1,5% du PMSS par jour	Néant
Transport remboursé SS	100% BR	
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)	100% BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	150% BR hors CAS* (170% BR médecins adhérents CAS*)	
Actes de chirurgie (ADC)	100% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	100% BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	100% BR	
Actes d'échographie (ADE)	100% BR	
Auxiliaires médicaux Analyses	100% BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400€euros par œil par année civile	
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie	100% BR	
Pharmacie non remboursée SS		
Substitut nicotinique	Crédit de 40€par année civile	
Vaccins	Crédit de 25€par année civile	
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives	400€tous les 2 ans par oreille,avec au minimum 100% de la BR.	
Orthopédie & autres prothèses	125% BR	
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires	100% BR	
Inlay simple, Onlay	125% BR	
Prothèses dentaires	3 prothèses par année civile**	
Incisives, canines, prémolaire	350% BR	
Molaires	250% BR	
Inlay core et inlay à clavettes	125% BR	
Orthodontie	200% BR	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires	250% BR	
Implants dentaires	Crédit de 200€par année civile	
Parodontologie	Crédit de 200€par année civile	
Orthodontie	Néant	
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	Crédit de 100€par année civile	
Frais de voyage et hébergement	Crédit de 100€par année civile	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, ostéopathie et étiopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	25€par acte limité à 4 actes par année civile	
Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition Et dépistage de l'obésité (médicalement prescrit)	Crédit de 40€par année civile	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005		
Tous les actes	100% BR	

Optique	
Monture adulte***	125€limité ***
Monture enfant	75€limité à une monture par année civile
Verres adulte***	Montants indiqués dans les tableaux ci-après***
Verres enfant	Montants indiqués dans les tableaux ci-après***
Lentilles acceptées, refusées, jetables	Crédit de 150€par année civile

UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Adulte (> ou = 18 ans)	Montant en €	Enfant (<18 ans)	Montant en €	
			Code LPP	par verre	Code LPP	par verre	
UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	80.00€	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	50.00€	
		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	90.00€	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	65.00€	
		< à -10 ou > à +10	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	100.00€	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté	70.00€	
	Cylindre < à 4	de -6 à +6	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	90.00€	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	60.00€	
		< à -6 et > à +6	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	100.00€	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	70.00€	
	Cylindre > à 4	de -6 à +6	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	110.00€	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	80.00€	
		< à -6 et > à +6	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	120.00€	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté	90.00€	
	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	150.00€	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	120.00€
			< à -4 ou > à +4	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	160.00€	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	130.00€
		Tout Cylindre	de -8 à +8	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	175.00€	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	145.00€
< à -8 ou > à +8			2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	185.00€	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	155.00€	

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale / **BR** : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement / ***CAS** : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins **: au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 de la BR)

*** Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

ANNEXE II

TABLEAU DE GARANTIES DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE L'OPTION 1

Les garanties ci-dessous s'ajoutent aux prestations du régime de base.

Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	50% BR	Néant
Actes de chirurgie (ADC)	50% BR	Néant
Actes d'anesthésie (ADA)		
Autres honoraires		
Chambre particulière	0,75% du PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement	0,75% du PMSS par jour	Néant
(sur présentation d'un justificatif)		
Actes médicaux		
Spécialistes (Consultations et visites)	50% BR	
Actes de chirurgie (ADC)	25% BR hors CAS* (50% BR médecins adhérents CAS*)	
Actes techniques médicaux (ATM)		
Actes d'imagerie médicale (ADI)		
Actes d'échographie (ADE)		
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400€ par œil par année civile	
Pharmacie non remboursée SS		
Substitut nicotinique	Crédit de 20€ par année civile	
Vaccins	Crédit de 25€ par année civile	
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives	400€ tous les 2 ans par oreille, avec au minimum 100% de la BR	
Orthopédie & autres prothèses	25% BR	
Dentaire remboursé SS		
Inlay simple, Onlay	25% BR	
Prothèses dentaires	3 prothèses par année civile**	
Incisives, canines, prémolaire	50% BR	
Molaires	50% BR	
Inlay core et inlay à clavettes	25% BR	
Orthodontie	100% BR	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires	50% BR	
Implants dentaires	Crédit de 100€ par année civile	
Parodontologie	Crédit de 100€ par année civile	
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	Crédit de 100€ par année civile	
Frais de voyage et hébergement		
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, ostéopathie et étiopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	5€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition Et dépistage de l'obésité (médicalement prescrit)	Crédit de 20€ par année civile	
Optique		
Monture adulte***	25€ limité ***	
Monture enfant	25€ limité à une monture par année civile	
Verres adulte***	Montants indiqués dans les tableaux ci-après ***	
Verres enfant	Montants indiqués dans les tableaux ci-après ***	
Lentilles acceptées, refusées, jetables	Crédit de 50€ euros par année civile	

NB. – La grille optique se substitue à celle du régime de base.

UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Adulte (> ou = 18 ans)	Montant en €	Enfant (<18 ans)	Montant en €	
			Code LPP	par verre	Code LPP	par verre	
UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	110,00 €	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	60,00 €	
		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	110,00 €	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	70,00 €	
		< à -10 ou > à +10	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	120,00 €	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté	80,00 €	
	Cylindre < à 4	de -6 à +6	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	110,00 €	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	70,00 €	
		< à -6 et > à +6	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	120,00 €	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	80,00 €	
	Cylindre > à 4	de -6 à +6	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	130,00 €	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	90,00 €	
		< à -6 et > à +6	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	140,00 €	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté	100,00 €	
	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	170,00 €	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	130,00 €
			< à -4 ou > à +4	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	180,00 €	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	140,00 €
		Tout Cylindre	de -8 à +8	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	195,00 €	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	155,00 €
			< à -8 ou > à +8	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	205,00 €	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	165,00 €

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale / **BR** : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement / ***CAS** : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins **: au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 de la BR)

*** Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

ANNEXE III

TABLEAU DE GARANTIES DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE L'OPTION 2

Les garanties ci-dessous s'ajoutent aux prestations du régime de base.

Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	150% BR	Néant
Actes de chirurgie (ADC)	50% BR hors CAS* (130% BR médecins adhérents CAS*)	Néant
Actes d'anesthésie (ADA)		
Autres honoraires		
Chambre particulière	1,50% du PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement	1,50% du PMSS par jour	Néant
(sur présentation d'un justificatif)		
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	50% BR hors CAS* (70% BR médecins adhérents CAS*)	
Spécialistes (Consultations et visites)	50% BR hors CAS* (130% BR médecins adhérents CAS*)	
Actes de chirurgie (ADC)	50% BR (70% BR médecins adhérents CAS*)	
Actes techniques médicaux (ATM)		
Actes d'imagerie médicale (ADI)	50% BR (70% BR médecins adhérents CAS*)	
Actes d'échographie (ADE)		
Auxiliaires médicaux Analyses	50% BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400€ par oeil par année civile	
Pharmacie non remboursée SS		
Substitut nicotinique	Crédit de 40€ par année civile	
Vaccins	Crédit de 75€ par année civile	
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives	800€ tous les 2 ans par oreille, avec un min imum de 100% de la BR	
Orthopédie & autres prothèses	75% BR	
Dentaire remboursé SS		
Inlay simple, Onlay	75% BR	
Prothèses dentaires	3 prothèses par année civile**	
Incisives, canines, prémolaire	100% BR	
Molaires	100% BR	
Inlay core et inlay à clavettes	75% BR	
Orthodontie	150% BR	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires	100% BR	
Orthodontie	250% BR	
Implants dentaires	Crédit de 300€ par année civile	
Parodontologie	Crédit de 300€ par année civile	
Cure thermique remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	Crédit de 200€ par année civile	
Frais de voyage et hébergement		
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, ostéopathie et étiopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	25€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Ostéodensitométrie osseuse, dépistage audition Et dépistage de l'obésité (médicalement prescrit)	Crédit de 40€ par année civile	
Optique		
Monture adulte***	25€ limité ***	
Monture enfant	50€ limité à une monture par année civile	
Verres adulte***	Montants indiqués dans les tableaux ci-après***	
Verres enfant	Montants indiqués dans les tableaux ci-après***	
Lentilles acceptées, refusées, jetables	Crédit de 150€ par année civile	

NB. – La grille optique se substitue à celle du régime de base.

UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Adulte (> ou = 18 ans)	Montant en €	Enfant (<18 ans)	Montant en €	
			Code LPP	par verre	Code LPP	par verre	
UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	120,00 €	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	70,00 €	
		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	130,00 €	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	80,00 €	
		< à -10 ou > à +10	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	140,00 €	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté	90,00 €	
	Cylindre < à 4	de -6 à +6	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	130,00 €	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	80,00 €	
		< à -6 et > à +6	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	140,00 €	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	90,00 €	
	Cylindre > à 4	de -6 à +6	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	150,00 €	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	100,00 €	
		< à -6 et > à +6	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	160,00 €	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté	110,00 €	
	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	190,00 €	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	140,00 €
			< à -4 ou > à +4	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	200,00 €	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	150,00 €
		Tout Cylindre	de -8 à +8	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	215,00 €	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	165,00 €
			< à -8 ou > à +8	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	225,00 €	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	175,00 €

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale / **BR** : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement / ***CAS** : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins **: au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 de la BR)

*** Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.