



Kit d'adhésion 2020



Convention Collective Nationale de la
Branche de l'Aide, de
l'Accompagnement, des Soins et des
Services à Domicile (BAD)



Mutuelle
Ociane Matmut





PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *	Précisions
	BASE PRIME	
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	150 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :		Hors ambulatoire.
Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	1,5 % PMSS / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
Maternité	2 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes		
	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments		
	100% BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	
Transport		
	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé (2)		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé		
Panier à honoraires maîtrisés (2)		
- Inlay, onlay	100 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	125 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	
Panier à honoraires libres (2)		
- Inlay, onlay	100 % BR	
- Inlay-Core	125 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	
Soins		



- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Néant	
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans. 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale) (4) Détail du renouvellement de l'équipement		
Equipements 100% santé (5) - verres et/ou monture		
Classe A		
- Monture adulte (16 ans et plus) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour Verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture		
Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (4)	70 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (4)	50 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (4)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (4)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100% BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséconiques)	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + 2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Jusqu'au 31.12.2020 :		
- Aides auditives	100% BR + 5% PMSS par année civile	
- Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Equipement 100% santé (8)		
Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		Y compris les personnes de 20 ans
Equipement hors 100% santé (9)		
Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 170€	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 170€	Y compris les personnes de 20 ans
- Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 %BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.



- Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	Néant	
MATERNITE		
- Allocation naissance	5 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL		
Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.		

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale" / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) * DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux"

(1) dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Conditions de renouvellement de l'équipement :

❖ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

❖ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

❖ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	48 €	38 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	90 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	52 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	52 €	43 €
		SPH > 0 et S > + 6	86 €	76 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	86 €	76 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	86 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	114 €	105 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	124 €	114 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	124 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	124 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	133 €	124 €
		SPH > 0 et S > + 8	133 €	124 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	133 €	124 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *	Précisions
	CONFORT	
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	250 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :		Hors ambulatoire.
Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	2,5 % PMSS / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
Maternité	3 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dent)	100 % BR	
Transport	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé (2)		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé		
Panier à honoraires maîtrisés (2)		
- Inlay, onlay	135 % BR	

- Inlay-Core	130 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265 % BR	
Panier à honoraires libres (2)		
- Inlay, onlay	135 % BR	
- Inlay-core	130 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	300 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Forfait de 300€ par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).		
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.		
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)		
(4) Détail du renouvellement de l'équipement		
Equipements 100% santé (5) - verres et/ou monture		
Classe A		
- Monture adulte (16 ans et plus) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture		
Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (4)	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (4)	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (4)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (4)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100% BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + 3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	300 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Jusqu'au 31.12.2020 :		

- Aides auditives	100% BR + 15% PMSS par année civile	
- Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100% santé (8)		
Classe I - Soumis à des prix limités de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Équipement hors 100% santé (9)		
Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 500€	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 300€	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100% BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
MATERNITE		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL		
<p>Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...</p> <p>Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.</p> <p>Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.</p>		

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale* / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) * DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux"

(1) dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Conditions de renouvellement de l'équipement :

❖ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

❖ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

❖ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	68 €	54 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	128 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	74 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	74 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	122 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	122 €	108 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	135 €	122 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	162 €	149 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	176 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	176 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	176 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	189 €	176 €
		SPH > 0 et S > + 8	189 €	176 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	189 €	176 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *	Précisions
	CONFORT PLUS	
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	180 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	350 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :		Hors ambulatoire.
Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	3,5 % PMSS / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie. Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en
Maternité	4 % PMSS / jour	Maternité Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	200 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	180 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dent	150 % BR	
Transport	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé (2)		
- Inlay core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé		
Panier à honoraires maîtrisés (2)		
- Inlay, onlay	165 % BR	

- Inlay-core	160 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (Incisives, canines, prémolaires)	415% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	315 % BR	
Panier à honoraires libres (2)		
- Inlay, onlay	165 % BR	
- Inlay-core	160 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	415% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	315 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	325 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Forfait de 600€ par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).		
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans.		
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)		
(4) Détail du renouvellement de l'équipement		
Equipements 100% santé (5) - verres et/ou monture		
Classe A		
- Monture adulte (16 ans et plus) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (4)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture		
Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (4)	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (4)	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (4)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (4)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100% BR	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + 4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	4 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	400 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil

AIDES AUDITIVES		
Jusqu'au 31.12.2020 :		
- Aides auditives	100% BR + 25% PMSS par année civile	
- Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 100% santé (8)		
Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Équipement hors 100% santé (9)		
Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 850€	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 300€	Y compris les personnes de 20 ans
Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	3,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	20 € par séance	Limité à 5 séances par an par bénéficiaire
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
MATERNITE		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL		
Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle. Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge... Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés. Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.		

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) * DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux"

(1) dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(4) Conditions de renouvellement de l'équipement :

❖ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

❖ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

❖ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT +	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	83 €	67 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	158 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	92 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	92 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	133 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150 €	133 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	166 €	150 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	200 €	183 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	216 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	216 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	216 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	233 €	216 €
		SPH > 0 et S > + 8	233 €	216 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	233 €	216 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

1 - INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance si différente du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Effectif salarié : _____

Forme juridique : _____ N° SIRET : _____ Code NAF : _____

IDENTITÉ DU CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE (EN LETTRES CAPITALES)

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

2 - RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Je soussigné, Mme / M : _____ agissant en
qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements et atteste que
l'entreprise relève de la CCN DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE.

Date d'effet de l'adhésion : _____

3 - PERSONNEL COUVERT «ENSEMBLE DU PERSONNEL SALARIÉ»

Non cadre : _____ Effectif :

Cadre : _____ Effectif :

4 - COTISATION MENSUELLE AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Conformément aux dispositions contenues dans la CCN du 21 mai 2010 et ses avenants.

Santé BASE PRIME

SALARIÉ

RÉGIME GÉNÉRAL : 1.301 % DU PMSS*

RÉGIME LOCAL : 0,844 % DU PMSS*

L'entreprise est responsable du paiement de l'intégralité des cotisations auprès de la mutuelle. La part de la cotisation que vous laisserez à la charge de vos salariés fera l'objet d'un précompte sur salaire.

*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le PMSS est revalorisé au 1er janvier de chaque année par arrêté ministériel. A titre indicatif, le PMSS 2019 a été fixé à 3 377 €.

5 - FORMALITÉS

Fait à : _____

Le : _____

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise :

6 - BULLETIN D'ADHÉSION À RETOURNER À

« Dans le cadre de votre adhésion vous confiez à Mutuelle Ociane des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 26 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.matmut.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager leurs données avec des tiers (délégataires de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel leurs données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à leurs données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont ils disposent sur leurs données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour s'en prévaloir, y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de leurs données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Ils disposent du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et ils peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de leurs droits sur les traitements de données personnelles effectués par Mutuelle Ociane, ils peuvent contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant leur demande d'une copie d'un titre d'identité comportant leur signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : dpd@matmut.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Ociane – Groupe MATMUT, à l'attention du Délégué à la Protection des Données, 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.

«Les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés.»

Informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation disponibles auprès de votre agence, ou sur notre site internet : www.matmut.fr

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.»



Mutuelle Ociane – Groupe MATMUT

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée sous le numéro Siren 434 243 085 - Siège social : 35 rue Claude Bonnier - 33054 Bordeaux Cedex.
Mutuelle Ociane – Groupe MATMUT, à l'attention du Délégué à la Protection des Données - 66 rue de Sotteville 76100 Rouen - Par mail : dpd@matmut.fr



Les mutuelles coassureurs sont représentées par le Groupe AÉSIO, qu'elles ont mandaté à cet effet en qualité d'apôtreur. Groupe AÉSIO, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Livre I du code de la Mutualité – Immatriculée sous le n° 821 965 241 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS - Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n° 16006968. Informations disponibles sur www.orias.fr.

MODALITÉS DE PAIEMENT ENTREPRISES

Raison sociale de l'entreprise :	N° contrat : CT
---	------------------------

■ Signataire

Nom : Prénom : Fonction :

■ Cotisations

Je demande que ma cotisation soit prélevée (en date du 5) :

au mois au trimestre au semestre à l'année

(Chaque prélèvement doit être égal ou supérieur à 5 €)

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part **Ociane** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et, d'autre part, votre banque à débiter conformément aux instructions d'**Ociane**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous passez avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit sans tarder au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès de **Ociane**.

Coordonnées du débiteur	Coordonnées du créancier
Nom : Prénom : Adresse :	Ociane 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex ICS : FR95ZZZ460311
Compte à débiter	Établissement teneur du compte à débiter
IBAN : <input type="text"/> <small>Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)</small>	Nom :
BIC : <input type="text"/> <small>Code international d'identification de votre banque - BIC (Business Identifier Code)</small>	Adresse :
Zone réservée à Ociane <input type="text"/> <small>RUM (Référence Unique de Mandat)</small>	Date : / /
IMPORTANT : datez, signez ce document et joignez votre Relevé d'Identité Bancaire	
	Signature :