

Annexe : Tableau de garantie Frais de santé

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
 FR : Frais réels engagés par l'assuré
 LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale
 PLV : Prix limite de Vente
 HLF : Honoraire Limite de Facturation
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

Abréviations

PMSS
 (2021) 3 428 €

		CCN ECLAT (1518)					
		Base		Option 1		Option 2	
		Prestations ss déduct* de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct* de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct* de la Séc. Sociale **	
		DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM
GARANTIES*							
Hospitalisation (médicale, chirurgicale et à domicile y compris la maternité)	Frais de séjour						
	Conventionné	100% BR		200% BR		300% BR	
	Non conventionné	100% BR		100% BR		100% BR	
	Forfait journalier [1]						
	Hospitalier	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait	
	Psychiatrique	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait	
	Honoraires - Secteur conventionné						
	Actes de chirurgie	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Actes d'anesthésie	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
Autres honoraires	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
Chambre particulière - Secteur conventionné							
Avec nuitée	1% PMSS		2% PMSS		3% PMSS		
Ambulatoire	Néant		2% PMSS		3% PMSS		
Frais d'accompagnement (enfant - de 12ans)	0,5% PMSS		1,5% PMSS		2% PMSS		
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait		
Transp ort	Frais de transport ou de transfert entre établissement (remboursés \$s)	100% BR		100% BR		100% BR	
Soins médicaux courants	Honoraires médicaux						
	Généralistes	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR
	Spécialistes hors Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Cardiologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Professeur - Praticien Hospitalier	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR
	Actes de chirurgie, actes médicaux techniques	120% BR	100% BR	145% BR	125% BR	170% BR	150% BR
	Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Analyses et examens de laboratoire						
	Remboursés par la \$s (Actes de Biologie)	100% BR		100% BR		100% BR	
	Remboursés par la \$s (autres actes)	100% BR		100% BR		100% BR	
	Auxiliaires médicaux	100% BR		100% BR		100% BR	
	Sage femme	120% BR		120% BR		120% BR	
	Médicaments						
	SMR faible	15% BR		100% BR		100% BR	
	SMR modéré	100% BR		100% BR		100% BR	
	SMR important	100% BR		100% BR		100% BR	
	Traitement anti tabac prescrit et pris en charge	100% BR		100% BR		100% BR	
	Traitement anti tabac prescrit et non pris en charge	1,5% PMSS / an		2% PMSS / an		4% PMSS / an	
	Vaccins prescrits remboursés \$s	100% BR		100% BR		100% BR	
	Vaccins prescrits et non remboursés	1,5% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an	
	Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge	2% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an	
	Matériel médical, produits et dispositifs (hors auditif) [2]						
Prothèse capillaire prise en charge \$s	100% BR		200% BR		300% BR		
Prothèse mammaire prise en charge \$s	100% BR		200% BR		300% BR		
Semelle orthopédique	100% BR		200% BR		300% BR		
Petits appareillages et produits	100% BR		200% BR		300% BR		
Autres appareillages et produits	100% BR		200% BR		300% BR		
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait		
Cures thermales acceptées et forfait hébergement							
Cure + Forfait frais d'hébergement	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS		
Cures thermales avec hospitalisation	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS		
Aides auditives	Equipement 100% Santé (Equipement de Classe I) Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité Assuré > 20 ans	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
	Equipement libre (Equipement de Classe II) Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité Assuré > 20 ans	100% BR		150% BR		190% BR	
	Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité Assuré > 20 ans	100% BR		150% BR		190% BR	
	Assuré > 20 ans	100% BR		100% BR		100% BR	
	Entretien / réparation / Piles et autres consommables	100% BR		100% BR		100% BR	

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
 FR : Frais réels engagés par l'assuré
 LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale
 PLV : Prix limite de Vente
 HLF : Honoraire Limite de Facturation
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

PMSS (2021) 3 428 €

GARANTIES*		CCN ECLAT (1518)					
		Base		Option 1		Option 2	
		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **	
		DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM
Ophtique	Équipement optique 100% Santé (Classe A) Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) Prestation d'appariage (verres classe A + réfraction différente) Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV	
	Équipement Libre (Classe B)						
	Monture						
	Adulte	80 €		100 €		100 €	
	Enfant	60 €		85 €		100 €	
	Verres adultes						
	Verre simple	40 €		120 €		130 €	
	Verre complexe	90 €		220 €		230 €	
	Verre très complexe	150 €		250 €		250 €	
	Verres enfants						
	Verre simple	40 €		80 €		90 €	
	Verre complexe	90 €		180 €		190 €	
	Verre très complexe	90 €		180 €		190 €	
	Prestations supplémentaires (équipement classe A ou B)						
	Prestation d'adaptation (verres classe A)	100% BR		100% BR		100% BR	
Prestation d'adaptation (verres classe B)	100% BR		100% BR		100% BR		
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR		100% BR		100% BR		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR		100% BR		100% BR		
Lentilles							
Remboursées par la Ss	100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 5% PMSS / an		
Refusées par la Ss	Néant		3% PMSS / an		5% PMSS / an		
Chirurgie réfractive	10% PMSS / œil		22% PMSS / œil		35% PMSS / œil		
Dentaire	Soins et prothèses 100% Santé	100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF	
	Inlay core						
	Autres soins prothétiques et prothèses dentaires						
	Prothèses panier maîtrisé						
	Inlay / Onlay						
	Inlay core	125% BR dans la limite des HLF		150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF	
	Prothèse incisive / Canine / 1ère Pré-molaire (max 3 / an) [3]	150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF		200% BR dans la limite des HLF	
	Prothèse 2ème pré-molaire et molaire (max 3 / an) [3]	275% BR dans la limite des HLF		350% BR dans la limite des HLF		450% BR dans la limite des HLF	
	Prothèses panier libre						
	Inlay / Onlay	125% BR		150% BR		175% BR	
	Inlay core	150% BR		175% BR		200% BR	
	Prothèse incisive / Canine / 1ère Pré-molaire (max 3 / an) [3]	275% BR		350% BR		450% BR	
	Prothèse 3ème pré-molaire et molaire (max 3 / an) [3]	200% BR		250% BR		350% BR	
	Soins dentaires	100% BR		100% BR		100% BR	
	Autres actes dentaires						
Parodontologie remboursée Ss	150% BR		150% BR		150% BR		
Parodontologie non remboursée Ss	Néant		Néant		Néant		
Orthodontie acceptée Ss	200% BR		250% BR		300% BR		
Orthodontie non prise en charge Ss	Néant		Néant		Néant		
Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/benef) [4]	2% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation		
Implantologie							
Implant + pilier dentaire (maxi 2 tous les 3 ans/benef) [4]	8% PMSS / Implant + pilier		10% PMSS / Implant + pilier		12% PMSS / Implant + pilier		
Actes Divers	Otrodensitométrie prescrite et prise en charge Ss	100% BR +13 € / an		100% BR + 25 € / an		100% BR + 38 € / an	
	Otrodensitométrie prescrite et non prise en charge Ss	Néant		25 € / an		50 € / an	
	Détecticien	25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)	
	Médecines douces reconnues par les annuaires professionnels de praticiens et non remboursées par la Sécurité sociale (Ostéopathe / Étiopathe / Chiropracteur / Psychologue / Psychomotricien / Acupuncteur, Podologue)	25 € / séance (max 2 / an)		35 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 5 / an)	
	Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	25 €/an		35 €/an		50 €/an	
	Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR		100% BR		100% BR	

* La grille sera adaptée pour ce qui est du Régime Local sans modifications des niveaux de remboursements présents dans le tableau à l'exception du forfait journalier hospitalier en hospital ou clinique qui est remboursé à hauteur de 20 euros (valeur 2021) et en établissement psychiatrique à hauteur de 15 euros (valeur 2021)

** Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Pour les prestations en euros, les montants forfaitaires sont remboursés dans la limite des frais réellement acquittés par l'assuré.

[1] Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[2] Produits et prestations inscrits à la liste prévus à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale

[3] Limité à 3 prothèses par an par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR (Couronnes, bridges et inter de bridge/Couronnes sur implant/Prothèses dentaires amovibles ou fixes/Réparation sur prothèses)

[4] La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.

sont à la charge exclusive du salarié (sauf prise en charge par l'employeur concrétisée par un acte de mise en place, à savoir un accord collectif, un référendum ou une DUE).

Les cotisations obligatoire ou facultatives ci-dessus définies sont fixées selon les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec les Organismes assureurs recommandés, à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31.12.2023 * (à législation et réglementation constante) :

* A cette échéance, les taux pourront être reconduits ou révisés en fonction notamment des résultats de la mutualisation des contrats des entreprises adhérentes au présent régime.

	Régime Socle SALARIE Base Conventiionnelle (& extensions facultatives salarié / ayants droit)			Régime R1 SALARIE (Socle + Option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise		Régime R2 SALARIE (Socle + Option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise
	Socle obligatoire ISOLE	+ Option 1 facultative (en complément du Socle)	+ Option 2 facultative (en complément du Socle)	R1 obligatoire ISOLE	+ Option 2 facultative (en complément du régime R1)	R2 obligatoire ISOLE
Régime Salarial						
Salarié	0,94%	0,64%	0,96%	1,47%	0,31%	1,75%
Conjoint facultatif	1,08%	0,73%	1,10%	1,69%	0,36%	2,01%
Enfant facultatif (gratuit à compter du 3ème enfant)	0,70%	0,32%	0,54%	0,97%	0,23%	1,17%

	Régime Socle SALARIE Base Conventiionnelle (& extensions facultatives salarié / ayants droit)			Régime R1 SALARIE (Socle + Option 1 réunis) Si choix du R1 obligatoire par l'entreprise		Régime R2 SALARIE (Socle + Option 2 réunis) Si choix du R2 obligatoire par l'entreprise
	Socle obligatoire ISOLE	+ Option 1 facultative (en complément du Socle)	+ Option 2 facultative (en complément du Socle)	R1 obligatoire ISOLE	+ Option 2 facultative (en complément du régime R1)	R2 obligatoire ISOLE
Régime Local						
Salarié	0,42%	0,64%	0,96%	0,95%	0,31%	1,21%
Conjoint facultatif	0,48%	0,73%	1,10%	1,09%	0,36%	1,39%
Enfant facultatif (gratuit à compter du 3ème enfant)	0,34%	0,32%	0,54%	0,61%	0,23%	0,81%

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des Organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié telle que souscrite par l'entreprise, cette participation ne pouvant être inférieure à un montant au moins égal à 0,47 % du PMSS.

Article 11.5.4 – Articulation des régime socle et optionnel et des cotisations afférentes

En complément du régime socle, il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche 2 régimes optionnels qui viennent compléter ce régime de base dit « Socle obligatoire ».

Chaque employeur a le choix de souscrire pour l'affiliation obligatoire des salariés, en lieu et place du régime socle, le régime dit R1 (équivalent au socle complété de l'Option 1) ou le régime R2,

