

Accord du 19 octobre 2021 relatif au régime de remboursement de frais de santé

**Convention collective nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles
(CCN n° 3241 / IDCC : 1483)**

Le présent accord est conclu entre :

- La Fédération Nationale de l'Habillement

D'une part,

Et les organisations syndicales représentatives, ci-après désignées :

- La Fédération du commerce, de la distribution et des services CGT,

- La Fédération des services CFDT,

- La Fédération des employés et cadres Force Ouvrière,

- La CFTC / CSFV,

- La FNECS CFE-CGC,

- L'UNSA,

D'autre part.

Préambule

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé prévue par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, et conscients de la nécessité de renforcer les garanties de prévoyance complémentaire dont bénéficient les salariés de la branche, les partenaires sociaux ont instauré un socle obligatoire et collectif de couverture de complémentaire santé par accord collectif du 4 novembre 2015.

Le présent accord se substitue de plein droit à l'accord collectif du 4 novembre 2015, dans l'ensemble de ses dispositions.

Article 1 - Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles.

ACS NZ
U. 66 ED
AS

Article 2 – Objet

Le présent accord a pour objet d'instaurer, au bénéfice des salariés de la branche du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles, un régime conventionnel de frais de santé.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national en co-recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, pour assurer la couverture des garanties frais de santé.

Cette co-recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives national auquel pourront adhérer les entreprises de la branche. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 3 – Adhésion du salarié

Article 3.1 - Définition des bénéficiaires

L'ensemble des salariés bénéficient à titre obligatoire du régime conventionnel de frais de santé.

Article 3.2 - Suspension du contrat de travail

a) suspensions rémunérées ou indemnisées

Conformément aux dispositions de l'instruction interministérielle n°DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 et de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale, le bénéfice de la couverture frais de santé est maintenu au profit des salariés, lorsque pendant une période de suspension du contrat de travail, le salarié bénéficie soit d'un maintien de salaire (total ou partiel), soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment activité partielle ou période de congé rémunéré par l'employeur).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Par défaut, l'assiette à retenir pour le calcul des cotisations et des prestations est celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

b) suspensions non rémunérées ou indemnisées

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires comme par exemple les salariés en congés sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation, ne bénéficieront pas d'un maintien de garanties.

ALS NZ 4
W 66² ED
✶

Si le salarié souhaite obtenir le maintien de la couverture alors la cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement et intégralement par ce-dernier auprès de l'organisme assureur.

Article 3.3 - Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de remboursement de frais de santé est obligatoire.

Les partenaires sociaux souhaitent toutefois laisser la possibilité aux salariés de la branche, de refuser leur adhésion au dispositif mis en place au niveau de la branche ou de l'entreprise, sous réserve qu'ils produisent les pièces justificatives requises dans les cas suivants

- 1) Les salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2) Les salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 3) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. Une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés pourra être envisagée dans le cadre des actions de solidarité prévues à l'article 6.2 ;
- 4) Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale, sous réserve de produire les justificatifs requis. La dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- 5) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 6) Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale.

Il est précisé que pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis. Ces justificatifs de couverture devront être produits tous les ans. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

NE
ACS W GG³ ED
A

Les entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles., y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront mettre en œuvre ces cas de dispenses d'adhésion.

Article 4 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Article 4.1 - Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime frais de santé complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Notamment, la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Article 4.2 - Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » et son décret d'application n°2017-372 du 21 mars 2017, la couverture frais de santé sera maintenue par l'assureur :

- Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;
- Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

ACS
WZ
W) 60⁴ ED
AS

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin », incombe à l'organisme assureur. L'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture

Article 5 – Financement

Article 5.1 – Obligation des entreprises de la branche

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs co-recommandés., devront respecter une prise en charge à hauteur de 50% de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de l'entreprise par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

Article 5.2 – Modalités de cotisation dans le cadre du contrat souscrit auprès des organismes assureurs co-recommandés.

- Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié »

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du présent régime.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant au régime surcomplémentaire.

Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

- Les cotisations servant au financement du remboursement de frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

Pour information, le plafond mensuel de la Sécurité sociale est fixé, pour l'année 2021, à 3 428 euros. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

La cotisation obligatoire et les cotisations facultatives « enfants » et « conjoint » sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre du contrat souscrit avec l'un des organismes assureurs co-recommandés.

ACS
NE
UCG⁵
ED

REGIME GENERAL – ACTIFS et AYANTS DROIT

	Régime général	
	Base obligatoire	Option facultative
Salarié	1,21%	+ 0,63%
Conjoint	1,36%	+ 0,71%
Enfant	0,70%	+ 0,32%

	Régime général
	Base + Option obligatoire
Salarié	1,75%
Conjoint	1,97%
Enfant	0,98%

REGIME LOCAL – ACTIFS et AYANTS DROIT

	Régime local	
	Base obligatoire	Option facultative
Salarié	0,80%	+ 0,63%
Conjoint	0,90%	+ 0,71%
Enfant	0,43%	+ 0,32%

	Régime local
	Base + Option obligatoire
Salarié	1,34%
Conjoint	1,51%
Enfant	0,71%

Les taux de cotisations du régime conventionnel et du régime surcomplémentaire seront maintenus pendant 2 ans à compter de la date d'effet de l'accord, sous réserve des modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif qui modifieraient la portée des engagements des organismes assureurs co-recommandés.

Toute modification du ou des taux de cotisation proposée par l'un des organismes assureurs co-recommandés devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Article 6 – Prestations

Article 6.1 – Tableau des garanties

Le régime frais de santé est conforme à la législation et à la réglementation relatives aux contrats dits responsables définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, et relatives au dispositif de généralisation de la complémentaire santé définies aux articles L.911-7 et D. 911-1 et L911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Le tableau des garanties est joint en annexe.

ALJ
D. 66⁶
ED
107
M
10

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès de l'un des organismes assureurs co-recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

Article 6.2 – Garanties présentant un degré élevé de solidarité

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles présente un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le degré élevé de solidarité peut notamment se concrétiser, en application de l'article R. 912-2 du Code de la sécurité sociale, par les actions suivantes :

- 1) La prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au a et au b du 2° de l'article R. 242-1-6, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
- 2) Le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
- 3) La prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

Ces actions seront financées par l'affectation d'une quote part de la cotisation « isolée » versée à l'un des organismes assureurs co-recommandés, d'un montant de 2%. La liste des actions fera l'objet d'un accord spécifique.

Les entreprises non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'un des organismes assureurs co-recommandés devront également prévoir la mise en œuvre de prestations non contributives au sein des régimes mis en place à leur niveau en consacrant un budget identique à celui prévu au sein du présent régime recommandé.

Article 7 – Suivi du régime complémentaire frais de santé

Le suivi du régime de complémentaire santé est assuré par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI).

Les organismes assureurs co-recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la Commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 8 – Organismes assureurs recommandés

ALS
N2
4)
GG
JL
EJ

A l'issue de sa procédure de mise en concurrence, conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, la Commission Paritaire de la branche a décidé de co-recommander à effet du 1er janvier 2022, au titre de la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés de la branche du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles, les organismes assureurs suivants :

- HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, Numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57.

ET

- AÉSIO mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 9 - Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

En application de l'article L.2261- 23-1 du code du travail, les partenaires sociaux de la convention collective du commerce de détail de l'habillement et des articles textiles du 25 novembre 1987 ont considéré qu'un accord portant sur le régime de frais de santé applicable aux salariés de la branche n'avait pas à comporter de stipulations spécifiques telles que mentionnées à l'article L.2232-10-1 du même code, dans la mesure où de l'accord a vocation à s'appliquer à toutes les entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

ARTICLE 10 – Effet et durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1er janvier 2022. Les entreprises non-adhérentes à l'organisation syndicale représentative signataire peuvent faire application du présent accord et s'y affilier avant l'entrée en vigueur de son arrêté d'extension.

L'accord pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du Code du travail.

ARTICLE 11 – Dépôt et demande d'extension

Le présent accord sera déposé dans les conditions prévues par le Code du travail.

Les signataires de l'accord demandent son extension auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la Sécurité sociale.

Fait à Paris, le 19 octobre 2021
(Suivent les signatures après l'annexe)

AG
NE
8
ALJ
66

Annexe – Tableau de garanties

CCN HABILLEMENT

Garantie dite "responsable"

HOSPITALISATION	
SOINS COURANTS	<p>Frais de séjour</p> <p>Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens <p>Ambulances, véhicules sanitaires légers...</p> <p>Forfait journalier hospitalier</p> <p>Chambre particulière avec nuitée (3)(4)</p> <p>Chambre particulière en ambulatoire (4)(5)</p> <p>Frais d'accompagnant (4)</p> <p><small>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</small></p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p><small>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small></p> <p><small>(4) Pas de prise en charge</small></p> <p><small>(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</small></p> <p><small>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small></p>
MATERNITE	
AIDES AUDITIVES	<p>Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens <p>Chambre particulière avec nuitée (3)(4)</p> <p>Indemnité de naissance (6)</p> <p><small>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</small></p> <p><small>(4) Pas de prise en charge</small></p> <p><small>(6) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</small></p>
CURE	<p>+ Forfait supplémentaire</p>

2022	
BASE	BASE + OPTION 1
Total	Total
125%	200%
100%	220%
170%	200%
100%	100%
Frais réels	Frais réels
1 % du PMSS / Nuit	2 % du PMSS / Nuit
1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour
1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour
100%	100%
145%	220%
125%	200%
120%	120%
100%	100%
120%	120%
100%	100%
100%	100%
170%	220%
100 % du PMSS	200%
1 % du PMSS/Nuit	2 % du PMSS /Nuit
3 % du PMSS	10 % du PMSS
	100%
	10 % du PMSS

NZ
 ACS
 (N)
 CG
 ED
 H

OPTIQUE

OPTIQUE

Equipement 100 % Santé (1)(7)(8)

- Monture
- Par verre

Equipement tarif libre (1) (7)(8)(9)

- Monture (10)
- Par verre
 - Simple
 - Complexe
 - Très complexe

Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien

Verres avec filtre

Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire (11)

Lentilles refusées par le régime obligatoire (11)

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

(*) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

La prise en charge de la mutuelle s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 8 novembre 2014.

(†) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire

(11) Plafond commun.

OPTIQUE

100 % Santé	100 % Santé
100 % Santé	100 % Santé
100 €	100 €
60 % + 90 €	60 % + 115 €
60 % + 180 €	60 % + 205 €
60 % + 250 €	60 % + 350 €
100%	100%
100%	100%
100%	100%
100 % + 2 % PMSS/An	100 % + 5 % PMSS/An
2 % PMSS/An	5 % PMSS/An
	25 % PMSS /Oeil

108
 ACS
 65 ED
 10

DENTAIRE	
Soins	
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (12)	
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (12)	
- Prothèses fixes	
- Inlay-Core	
- Prothèses transitoires	
- Inlay onlay	
- Prothèses amovibles	
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres	
- Prothèses fixes	
- Inlay-core	
- Prothèses transitoires	
- Inlay onlay	
- Prothèses amovibles	
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	
Implantologie (13)	
<p><i>Les remboursements de la mutuelle :</i></p> <p>- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM).</p> <p>- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle.</p> <p>(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p>	

100%	100%
100 % Santé	100 % Santé
300%	450%
125%	175%
125%	125%
125%	175%
300%	450%
300%	450%
125%	175%
125%	125%
125%	175%
300%	450%
150%	350%
	15 % du PMSS/An

MEDECINES COMPLEMENTAIRES	
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (13)(14)	
<p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p>	

25 € /Séance limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire	35 € /Séance limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
--	--

PREVENTION	
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (13)	
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)	
Vaccin anti-grippal et autres vaccins (13)(17)	
<p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(16) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.</p> <p>(17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</p>	

	50 €/An
	4 % du PMSS/An
	1.50 % du PMSS/An

ASSISTANCE	
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	

Oui	Oui
-----	-----

*** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3428 € au 01/01/2020)

NE
 ACS
 U) 60¹¹ ED
 AL

<p>Pour la Fédération Nationale de l'Habillement Monsieur Etienne DJELLOUL</p>	
<p>Pour la Fédération du commerce, de la distribution et des services CGT Madame Catherine GASPARI</p>	
<p>Pour la Fédération des services CFDT Madame Flavie BOLARD <i>Mme Adrien GUELLEC</i></p>	
<p>Pour la Fédération des employés et cadres Force Ouvrière Monsieur Gérald GAUTIER</p>	
<p>Pour la CFTC / CSFV Monsieur Didier BOURGET <i>Monsieur Eric DUSSARIN</i></p>	
<p>Pour la FNECS CFE-CGC Madame Anne-Laure SUSINI</p>	
<p>Pour l'UNSA Madame Nadia ZENAF</p>	