



**Convention Collective Nationale des
Industries et commerces de gros de
vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de
fruits et boissons diverses**

Garanties & Cotisations



2017



Régime frais de santé branche des industries et des commerces de gros des vins,
cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses

Vos garanties 2017

Les remboursements indiqués incluent la part de la Sécurité sociale	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
Frais de séjour en établissement conventionné	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires des praticiens Adhérents CAS	400% BR	100% FR	100% FR
Honoraires des praticiens Non adhérents CAS	200% BR	200% BR	200% BR
Soins post-opératoires	100% BR	100% FR – SS Non CAS : limité à 200% BR	100% FR – SS Non CAS : limité à 200% BR
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée - sur la base du montant en vigueur à la date des soins)	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (limité à 60 jours/an en rééducation)	70 €/jour	100% FR	100% FR
Lit accompagnant (enfants à charge de moins de 16 ans)	25 €/jour	35 €/jour	50 €/jour
Transport en ambulance accepté SS	100% BR	100% BR	115% BR
Transport en ambulance refusé SS	100% BR	100% BR	100% BR
Soins courants			
Consultations et visites médecins généralistes Adhérents CAS	130% BR	170% BR	370% BR
Consultations et visites médecins généralistes Non adhérents CAS	110% BR	150% BR	200% BR
Consultations et visites médecins spécialistes Adhérents CAS	130% BR	170% BR	370% BR
Consultations et visites médecins spécialistes Non adhérents CAS	110% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	120% BR	160% BR	360% BR
Honoraires médecins radiologues Adhérents CAS	130% BR	170% BR	370% BR
Honoraires médecins radiologues Non adhérents CAS	110% BR	150% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	120% BR	160% BR	360% BR
Actes de spécialistes Adhérents CAS	130% BR	170% BR	370% BR
Actes de spécialistes Non adhérents CAS	110% BR	150% BR	200% BR
Compléments de garantie			
Orthopédie - Appareillage - Prothèses médicales acceptées SS (autres que dentaires et auditives)	160% BR	210% BR	360% BR
Frais pharmaceutiques (SMR Important)	100% BR	100% BR	100% BR
Frais pharmaceutiques (SMR Modéré)	100% BR	100% BR	100% BR
Frais pharmaceutiques (SMR Faible)	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins acceptés SS	100% BR	165% BR	165% BR
Vaccins refusés SS	50 €/an	50 €/an	50 €/an
Allocations et forfaits			
Allocation maternité*	156.45 €/enfant	312.90 €/enfant	375.48 €/enfant
Cures thermales acceptées SS	65% BR + 156.45 €/an	65% BR + 312.90 €/an	65% BR + 375.48 €/an
Ostéodensitométrie non remboursée SS	50 €/an	75 €/an	75 €/an
Forfait médecine douce (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie - Soins chez un praticien diplômé d'ostéopathie (D.O.), diplômé de chiropraxie (D.C.), diplômé d'Etat (D.E.))	3 x 20 €/an	4 x 30 €/an	4 x 40 €/an
Sevrage tabagique (substituts nicotiques - patches, gommes, ... - ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale)	-	90 €/an	90 €/an
Prothèses auditives	160% BR + 200 €/oreille/an	160% BR + 300 €/oreille/an	160% BR + 600 €/oreille/an

BR : Base de remboursement

SS : Sécurité sociale

FR : Frais réels

CAS : Contrat d'accès aux Soins

TM : Ticket Modérateur

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Dentaire			
Couronne ou inter de bridge accepté par la SS sur incisives, canines, 1 ^{ères} prémolaires	N°dents finissant par 1 à 4 400% BR	N°dents finissant par 1 à 5 400% BR	N°dents finissant par 1 à 6 400% BR
Couronne ou inter de bridge non accepté par la SS sur incisives, canines, 1 ^{ères} prémolaires	N°dents finissant par 1 à 4 330% BR	N°dents finissant par 1 à 5 330% BR	N°dents finissant par 1 à 6 330% BR
Couronne ou inter de bridge accepté par la SS sur 2 ^{èmes} prémolaires, molaires, dents de sagesse	N°dents finissant par 5 à 8 220% BR	N°dents finissant par 6 à 8 220% BR	N°dents finissant par 7 à 8 220% BR
Couronne ou inter de bridge non accepté par la SS sur 2 ^{èmes} prémolaires, molaires, dents de sagesse	N°dents finissant par 5 à 8 150% BR	N°dents finissant par 6 à 8 150% BR	N°dents finissant par 7 à 8 150% BR
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	400% BR	400% BR	400% BR
Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	-	-	30 €
Inlay Core pris en charge par la SS	105% BR	125% BR	143% BR
Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	290% BR/appareil	410% BR/appareil	410% BR/appareil
Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS	270% BR	270% BR	270% BR
PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES PROTHESES DENTAIRES (y compris les provisoires)	1 300 €/an au-delà : 55% BR + Remboursement SS	2 000 €/an au-delà : 55% BR + Remboursement SS	3 000 €/an au-delà : 55% BR + Remboursement SS
Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay/Onlay)	170% BR	170% BR	170% BR
Inlay / Onlay côtés en soins	315% BR	315% BR	435% BR
Actes et scanner (tomodensitométrie)	-	-	70 €
Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	-	-	70 €
Implant racine	-	400 €(Maxi 1/an)	400 €(Maxi 2/an)
Pilier implantaire	-	100 €(Maxi 1/an)	200 €(Maxi 2/an)
Parodontologie	-	250 €/an	500 €/an
Orthodontie – semestre actif pris en charge par la SS	200% BR	300% BR	410% BR
Orthodontie – contention prise en charge par la SS			
- 1 ^{ère} année	145% BR	162% BR	190% BR
- 2 ^{ème} année	165% BR	193% BR	240% BR
Orthodontie – semestre actif non pris en charge par la SS	100% BR	200% BR	310% BR
Orthodontie – contention non prise en charge par la SS			
- 1 ^{ère} année	45% BR	62% BR	90% BR
- 2 ^{ème} année	65% BR	93% BR	140% BR
Orthodontie - autres actes pris en charge	200% BR	200% BR	275% BR
Optique			
Monture adulte (18 ans et plus)	100 €	150 €	150 €
Monture enfant (moins de 18 ans)	50 €	100 €	100 €
Verre simple** adulte et enfant	100 €/verre	110 €/verre	160 €/verre
Verre complexe** adulte et enfant	210 €/verre	250 €/verre	300 €/verre
Verre très complexe** adulte (18 ans et plus)	234 €/verre	280 €/verre	350 €/verre
PLAFOND ANNUEL PAR BENEFICIAIRE POUR LES LUNETTES : Dans la limite d'une paire de lunettes tous les 24 mois à partir de la date d'achat sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (1 paire de lunettes tous les 12 mois).			
Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale	100% TM + 150 €/an	100% TM + 250 €/an	100% TM + 250 €/an
Chirurgie réfractive	200 €/œil/an	350 €/œil/an	500 €/œil/an
Assistance			
Ociane Assistance	INCLUDE	INCLUDE	INCLUDE

BR : Base de remboursement

SS : Sécurité sociale

FR : Frais réels

CAS : Contrat d'accès aux Soins

TM : Ticket Modérateur

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables.

Les remboursements indiqués incluent la part de la Sécurité sociale et s'appliquent sur la base de remboursement (BR) pour les actes relevant de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), tarif de Convention pour les actes référencés NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), tarif de responsabilité pour les actes référencés LPP (Liste des Produits et des Prestations). Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle des praticiens conventionnés reconstituée.

Les forfaits annuels s'entendent dans le cadre de l'année civile et par bénéficiaire. Les forfaits sont versés sur présentation de l'original de la facture nominative acquittée et détaillée par acte.

Il est précisé que le contrat prend en charge le forfait de 18 € pour les actes médicaux lourds d'un montant supérieur ou égal à 120 € et dont le coefficient est supérieur ou égal à 60.

Nos remboursements ne peuvent être supérieurs au montant des frais restant à charge effective de l'adhérent.

Seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux ou hospitalisations réalisés après la date d'effet de l'adhésion ou de modification de garantie.

La garantie Ociane Assistance est assurée par IMA Assurances, SA au capital de 7 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000- 79033 Niort Cedex 9, RCS Niort 481.511.632. Conditions générales de ces garanties disponibles auprès d'un conseiller Ociane ou sur ociane.fr

* L'allocation maternité est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple dans la garantie conventionnelle

** Verre simple : simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif - Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Les cotisations OCIANE 2017

1 Régime de base obligatoire

Socle commun à l'ensemble des salariés actifs souscrit par l'employeur

Vous choisissez le **régime de base obligatoire** que vous souhaitez mettre en place parmi les 3 niveaux de couverture proposés (NIVEAU 1 ou NIVEAU 2 ou NIVEAU 3), ainsi que **les bénéficiaires** que vous souhaitez couvrir au travers de ce régime frais de santé obligatoire. 2 options sont proposées :

couverture du **SALARIE seul** (Obligation conventionnelle).

couverture SALARIE – COUPLE (salarié + conjoint ou salarié + enfant à charge) - FAMILLE (salarié + conjoint + enfant(s) à charge).

A noter : Seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Dans le cas où l'extension de garantie frais de santé aux ayants-droit sera souscrite par l'employeur, elle s'adaptera en fonction de la situation familiale réelle du salarié.

Cotisations mensuelles

NIVEAU 1

NIVEAU 2

NIVEAU 3

Cotisations dans le cadre de l'adhésion obligatoire du salarié seul :

SALARIE

40.21 € (1.23% PMSS)

47.07 € (1.44% PMSS)

57.53 € (1.76% PMSS)

Cotisations dans le cadre de l'extension obligatoire des frais de santé aux ayants droits

Tarif couple (2 adultes ou 1 adulte + 1 enfant) ou tarif famille (3 personnes dont au moins 1 adulte) :

SALARIE

40.21 € (1.23% PMSS)

47.07 € (1.44% PMSS)

57.53 € (1.76% PMSS)

COUPLE

80.09 € (2.45% PMSS)

92.84 € (2.84% PMSS)

113.76 € (3.48% PMSS)

FAMILLE

114.74 € (3.51% PMSS)

134.36 € (4.11% PMSS)

163.78 € (5.01% PMSS)

PMSS 2017 : 3269 €

Répartition : 50% à la charge de l'employeur / 50% à la charge du salarié

2 Niveaux de garanties sur-complémentaires et extension aux ayants-droit (Si non couverts par le contrat obligatoire)

Souscription individuelle et facultative par les salariés

Chaque salarié a ensuite la possibilité de souscrire à un niveau de garanties sur-complémentaires. Il a également la possibilité d'étendre sa garantie à ses ayants-droit s'ils ne sont pas couverts par le contrat obligatoire.

Les tarifs des sur complémentaires et extension aux ayants droit dépendent du régime de base que vous avez souscrit. Reportez-vous directement au tarif correspondant à votre formule :

VOUS AVEZ CHOISI LE NIVEAU 1 A TITRE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIE UNIQUEMENT :

Cotisations mensuelles	Part obligatoire NIVEAU 1	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
SALARIE	40.21 € (1.23% PMSS)	-	+ 7.52 € (+ 0.23% PMSS)	+ 19.94 € (+ 0.61% PMSS)
COUPLE		+ 42.17 € (+ 1.29% PMSS)	+ 56.23 € (+ 1.72% PMSS)	+ 81.07 € (+ 2.48% PMSS)
FAMILLE		+ 78.78 € (+ 2.41% PMSS)	+ 100.36 € (+ 3.07% PMSS)	+ 135.33 € (+ 4.14% PMSS)

VOUS AVEZ CHOISI LE NIVEAU 2 A TITRE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIE UNIQUEMENT :

Cotisations mensuelles	Part obligatoire NIVEAU 2	NIVEAU 2	NIVEAU 3
SALARIE	47.07 € (1.44% PMSS)	-	+ 13.08 € (+0.40% PMSS)
COUPLE		+ 49.36 € (+1.51% PMSS)	+ 74.20 € (+ 2.27% PMSS)
FAMILLE		+ 93.49 € (+2.86% PMSS)	+ 128.47 € (+ 3.93% PMSS)

VOUS AVEZ CHOISI LE NIVEAU 3 A TITRE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIE UNIQUEMENT :

Cotisations mensuelles	Part obligatoire NIVEAU 3	NIVEAU 3
SALARIE	57.53 € (1.76% PMSS)	-
COUPLE		+ 63.75 € (1.95% PMSS)
FAMILLE		+ 118.01 € (3.61% PMSS)

PMSS 2017 : 3269 €

VOUS AVEZ CHOISI LE NIVEAU 1 A TITRE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIE ET SES AYANTS DROIT

Cotisations mensuelles	Part obligatoire NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
SALARIE	40.21 € (1.23% PMSS)	+ 7.52 € (+ 0.23% PMSS)	+ 19.94 € (+ 0.61% PMSS)
COUPLE	80.09 € (2.45% PMSS)	+ 16.35 € (+ 0.50% PMSS)	+ 41.19 € (+ 1.26% PMSS)
FAMILLE	114.74 € (3.51% PMSS)	+ 25.83 € (+ 0.79% PMSS)	+ 60.80 € (+ 1.86% PMSS)

VOUS AVEZ CHOISI LE NIVEAU 2 A TITRE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIE ET SES AYANTS DROIT

Cotisations mensuelles	Part obligatoire NIVEAU 2	NIVEAU 3
SALARIE	47.07 € (1.44% PMSS)	+ 13.08 € (0.40% PMSS)
COUPLE	92.84 € (2.84% PMSS)	+ 28.44 € (0.87% PMSS)
FAMILLE	134.36 € (4.11% PMSS)	+ 41.19 € (1.26% PMSS)

PMSS 2017 : 3269 €

IMPORTANT :

Ces cotisations intègrent la TSA (Taxe Solidarité Additionnelle) de 13.27% et le coût lié à la portabilité ainsi que le coût lié à la portabilité.

Proposition et tarifs valables pour tout engagement avant le 31/12/2017, sauf en cas d'instauration par les pouvoirs publics de taxes, contributions, ou charges de toutes natures assises sur les cotisations, ou en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou conventionnelles.