

Brochure n° 3301

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 2098. – PRESTATAIRES DE SERVICES**  
**DANS LE DOMAINE DU SECTEUR TERTIAIRE**

AVENANT DU 17 JUIN 2019  
À L'ACCORD DU 25 SEPTEMBRE 2015 RELATIF AU RÉGIME  
DE FRAIS DE SANTÉ (ANNEXES I à III)

NOR : ASET1951219M  
IDCC : 2098

Entre :  
ANCR ;  
FIGEC ;  
SIST ;  
SNPA ;  
SORAP ;  
SP2C ;  
SYNAPHE,

D'une part, et  
FNECS CFE-CGC ;  
CSFV CFTC ;  
FEC FO ;  
F3C CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La branche a mis en place un régime conventionnel de frais de santé par l'intermédiaire d'un accord conclu le 25 septembre 2015 modifié par un avenant du 13 novembre 2017.

La clause de recommandation de ce régime a été renouvelée par un avenant du 10 septembre 2018.

Depuis, la réglementation applicable aux régimes de mutuelle a particulièrement évolué au travers notamment de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, de financement de la sécurité sociale pour 2019, prise en son article 51 en particulier, et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires.

Au regard du calendrier d'entrée en vigueur de cette réforme d'envergure, des délais d'actualisation des dispositifs contractuels d'assurance collective, les partenaires sociaux se sont mobilisés afin d'adapter dans les meilleurs délais les garanties collectives historiquement négociées au niveau de la branche des prestataires de services.

C'est après plusieurs réunions paritaires que les organisations syndicales et patronales ont, en coordination avec les assureurs recommandés du régime, entendu modifier l'accord fondateur dans les conditions visées par le présent avenant.

### **Article 1<sup>er</sup>**

#### *Champ d'application*

Le présent avenant a pour objet de modifier certaines dispositions de l'accord du 25 septembre 2015, modifié par différents avenants, tous conclus dans le champ d'application de la convention collective des prestataires de services du secteur tertiaire.

### **Article 2**

#### *Objet de l'avenant*

Le présent avenant a pour objet de réviser le régime conventionnel de branche de couverture des frais de santé dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme dite du « 100 % santé », visant à atteindre l'objectif d'un accès sans reste à charge à certains dispositifs du régime collectif préexistant.

Dans ce cadre, les grilles de garanties du régime sont modifiées et remplacées par celles annexées au présent avenant.

Il est expressément précisé que les régimes en vigueur, à savoir les bases 1, 2 et 3, restent inchangés, seules les garanties qu'ils prévoient faisant l'objet des modifications introduites par le présent avenant.

Les nouvelles grilles de garanties, annexes au régime conventionnel de branche, seront applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Compte tenu du potentiel impact de la réforme susvisée sur l'équilibre du régime mutualisé au niveau de la branche, les partenaires sociaux affirment leur volonté de procéder, avec le concours des assureurs recommandés, à un suivi périodique régulier de l'évolution des consommations et en particulier du rapport prestations/cotisations.

### **Article 3**

#### *Date d'effet, durée et dépôt du présent avenant*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, indépendamment de son extension.

Il est entendu que les dispositions non modifiées de l'accord du 25 septembre 2015 notamment modifié par l'avenant du 13 novembre 2017 restent pleinement applicables en l'état de leur dernière rédaction.

Conformément aux articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale, il est précisé que les parties demanderont l'extension du présent avenant auprès des services du ministère compétent.

Le présent avenant sera déposé par la partie la plus diligente, conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail.

### **Article 4**

#### *Révision et dénonciation de l'avenant*

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation dans les conditions prévues par l'accord du 25 septembre 2015 modifié.

## Article 5

### *Application de l'avenant aux entreprises de moins de 50 salariés*

Compte tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent accord s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

Fait à Paris, le 17 juin 2019.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES DU MINIMUM CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE BASE 1

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la sécurité sociale)
Hospitalisation (1) En établissement conventionné ou non	
<b>Forfait journalier hospitalier et psychiatrique</b> (3)	100 % FR
<b>Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	150 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	130 % BR
Non conventionnés y compris maternité	130 % BR
<b>Frais de séjour</b> (2)	110 % BR
<b>Chambre particulière</b> y compris maternité (2)	20 € / jour
<b>Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir)</b> (moins de 16 ans et plus de 70 ans) (4)	20 € / jour
Transport	
<b>Transport pris en charge par la sécurité sociale</b>	100 % BR
Soins courants	
<b>Honoraires médicaux</b>	
<b>Généralistes</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	120 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 % BR
<b>Spécialistes</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	150 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	130 % BR
<b>Actes techniques médicaux / de spécialité</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	150 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	130 % BR
<b>Radiologie</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	150 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	130 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR
<b>Pharmacie et Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie et autres prothèses prises en charge par la sécurité sociale – hors aides auditives et prothèses dentaires	120 % BR
Complément équipements post cancer post rayons/chimio (sur prescription médicale)	150 €
<b>Médecine douce</b> (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue) – Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	-
<b>Cure thermale</b> (remboursées sécurité sociale)	-

Aides auditives prises en charge par la sécurité sociale – un équipement par oreille tous les 4 ans – dans la limite des PLV	
<b>Équipements 100 % santé (**)</b> <b>Prothèses auditives classe I (***)</b>	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)
<b>Panier libre</b> <b>Prothèses auditives classe II (***)</b> (limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale) Bénéficiaire > 20 ans Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité (****)	400 € 1 400 €
Dentaire	
<b>Soins et prothèses 100 % santé (**)</b>	Aucun reste à payer dans la limite des honoraires limite de facturation (6)
<b>Soins</b>	100 % BR
<b>Prothèses (remboursées sécurité sociale)</b> Panier maîtrisé (dans la limite des HLF) / Panier libre	185 % BR
<b>Forfait implantologie</b> limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	300 €
<b>Inlay Onlay</b>	100 % BR
<b>Orthodontie (remboursée sécurité sociale)</b>	185 % BR
Optique – pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales	
<b>Équipements 100 % santé (**)</b> Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)
<b>Équipements libres</b> <b>Lunettes (monture + 2 verres) de classe B</b> Par verre simple Par verre complexe Par verre très complexe Par monture de lunettes	70 € 140 € 250 € 100 €
<b>Lentilles</b> remboursées sécurité sociale – remboursement minimum à 100 % BR si épuisement du forfait (5)	Forfait annuel 200 €
<b>Lentilles</b> non remboursées sécurité sociale (5)	
<b>Chirurgie réfractive</b> par an et par bénéficiaire	-
Prévention	
<b>Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale</b>	100 % BR

(\*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

(\*\*) Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(\*\*\*) Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les conditions générales.

(\*\*\*\*) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.

## ANNEXE II

TABLEAU DES GARANTIES BASE 2

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la sécurité sociale)
Hospitalisation (1) En établissement conventionné ou non	
<b>Forfait journalier hospitalier et psychiatrique</b> (3)	100 % FR
<b>Honoraires – Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	180 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	160 % BR
Non conventionnés y compris maternité	160 % BR
<b>Frais de séjour</b> (2)	110 % BR
<b>Chambre particulière</b> y compris maternité (2)	40 € / jour
<b>Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir)</b> (moins de 16 ans et plus de 70 ans) (4)	20 € / jour
Transport	
<b>Transport pris en charge par la sécurité sociale</b>	100 % BR
Soins courants	
<b>Honoraires médicaux</b>	
<b>Généralistes</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	120 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 % BR
<b>Spécialistes</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	180 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	160 % BR
<b>Actes techniques médicaux / de spécialité</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	180 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	160 % BR
<b>Radiologie</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	180 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	160 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR
<b>Pharmacie et Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie et autres prothèses prises en charge par la sécurité sociale – hors aides auditives et prothèses dentaires	150 % BR
Complément équipements post cancer post rayons/chimio (sur prescription médicale)	200 €
<b>Médecine douce</b> (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue) – Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	30 € / séance (limitée à 3 séances / an)
<b>Cure thermale</b> (remboursées sécurité sociale)	100 €

Aides auditives prises en charge par la sécurité sociale – un équipement par oreille tous les 4 ans – dans la limite des PLV	
<b>Équipements 100 % santé (**)</b> <b>Prothèses auditives classe I (***)</b>	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)
<b>Panier libre</b> <b>Prothèses auditives classe II (***)</b> (limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale) Bénéficiaire > 20 ans Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité (****)	500 € 1 500 €
Dentaire	
<b>Soins et prothèses 100 % santé (**)</b>	Aucun reste à payer dans la limite des honoraires limite de facturation (6)
<b>Soins</b>	100 % BR
<b>Prothèses (remboursées sécurité sociale)</b> Panier maîtrisé (dans la limite des HLF) / Panier libre	250 % BR
<b>Forfait implantologie</b> limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	600 €
<b>Inlay Onlay</b>	100 % BR
<b>Orthodontie (remboursée sécurité sociale)</b>	200 % BR
Optique – pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales	
<b>Équipements 100 % santé (**)</b> Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)
<b>Équipements libres</b> <b>Lunettes (monture + 2 verres) de classe B</b> Par verre simple Par verre complexe Par verre très complexe Par monture de lunettes	80 € 160 € 300 € 100 €
<b>Lentilles</b> remboursées sécurité sociale – remboursement minimum à 100 % BR si épuisement du forfait (5)	Forfait annuel 250 €
<b>Lentilles</b> non remboursées sécurité sociale (5)	
<b>Chirurgie réfractive</b> par an et par bénéficiaire	300 €
Prévention	
<b>Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la sécurité sociale</b>	100 % BR

(\*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

(\*\*) Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(\*\*\*) Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les conditions générales.

(\*\*\*\*) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.

## ANNEXE III

TABLEAU DES GARANTIES BASE 3

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la sécurité sociale)
Hospitalisation (1) En établissement conventionné ou non	
<b>Forfait journalier hospitalier et psychiatrique</b> (3)	100 % FR
<b>Honoraires – Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	220 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200 % BR
Non conventionnés y compris maternité	200 % BR
<b>Frais de séjour</b> (2)	110 % BR
<b>Chambre particulière</b> y compris maternité (2)	80 €/ jour
<b>Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir)</b> (moins de 16 ans et plus de 70 ans) (4)	30 € / jour
Transport	
<b>Transport pris en charge par la sécurité sociale</b>	100 % BR
Soins courants	
<b>Honoraires médicaux</b>	
<b>Généralistes</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	120 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 % BR
<b>Spécialistes</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	220 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200 % BR
<b>Actes techniques médicaux / de spécialité</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	220 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200 % BR
<b>Radiologie</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	220 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR
<b>Pharmacie et Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie et autres prothèses prises en charge par la sécurité sociale – hors aides auditives et prothèses dentaires	200 % BR
Complément équipements post cancer post rayons/chimio (sur prescription médicale)	250 €
<b>Médecine douce</b> (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue) – Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	40 € / séance (limitée à 4 séances / an)
<b>Cure thermale</b> (remboursées sécurité sociale)	150 €

Aides auditives prises en charge par la sécurité sociale – un équipement par oreille tous les 4 ans – dans la limite des PLV	
<b>Équipements 100 % santé (**)</b> <b>Prothèses auditives classe I (***)</b>	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)
<b>Panier libre</b> <b>Prothèses auditives classe II (***)</b> (limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale) Bénéficiaire > 20 ans Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité (****)	600 € 1 600 €
Dentaire	
<b>Soins et prothèses 100 % santé (**)</b>	Aucun reste à payer dans la limite des honoraires limite de facturation (6)
<b>Soins</b>	100 % BR
<b>Prothèses (remboursées sécurité sociale)</b> Panier maîtrisé (dans la limite des HLF) / Panier libre	350 % BR
<b>Forfait implantologie</b> limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	900 €
<b>Inlay Onlay</b>	100 % BR
<b>Orthodontie (remboursée sécurité sociale)</b>	300 % BR
Optique – pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales	
<b>Équipements 100 % santé (**)</b> Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)
<b>Équipements libres</b> <b>Lunettes (monture + 2 verres) de classe B</b> Par verre simple Par verre complexe Par verre très complexe Par monture de lunettes	90 € 170 € 350 € 100 €
<b>Lentilles</b> remboursées sécurité sociale – remboursement minimum à 100 % BR si épuisement du forfait (5)	Forfait annuel 300 €
<b>Lentilles</b> non remboursées sécurité sociale (5)	
<b>Chirurgie réfractive</b> par an et par bénéficiaire	600 €
Prévention	
<b>Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la sécurité sociale</b>	100 % BR

(\*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

(\*\*) Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(\*\*\*) Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les conditions générales.

(\*\*\*\*) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>e</sup> après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.