

Brochure n° 3272 | Convention collective nationale

IDCC : 1760 | **JARDINERIES ET GRAINETERIES**

Accord du 1^{er} septembre 2022
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2251290M

IDCC : 1760

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

JAF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

FGTA FO ;

CFTC CSFV ;

FS CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Comme prévu à l'article 4 de l'accord du 20 janvier 2021, les partenaires sociaux de la CCN jardineries et graineteries (IDCC 1760) ont décidé, à l'issue de la négociation collective, de mettre en place un régime frais de santé pour les entreprises relevant de leur branche professionnelle.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les dispositions prévues par cet accord visent à assurer une couverture santé de qualité à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, l'exposition des salariés aux risques couverts étant indifférente à la taille des sociétés qui les emploient.

Article 1^{er} | Objet

Il est institué au profit des salariés des entreprises de jardineries et graineteries un régime collectif et obligatoire de remboursement des frais de santé complémentaires à ceux effectués par le régime de base de sécurité sociale au titre de l'assurance maladie et de la maternité.

Le présent accord définit le niveau minimum des garanties - garanties dénommées ci-après « Socle » - dont bénéficie les salariés, que l'employeur devra mettre en œuvre en souscrivant un contrat d'assurance conforme aux stipulations de l'accord, ainsi que le niveau minimum de sa participation au financement de ce régime.

En complément, les partenaires sociaux souhaitent que les garanties de ce régime « Socle » puissent être améliorées par l'accès à une couverture additionnelle dénommée ci-après « Garantie optionnelle ». Cette couverture additionnelle pourra être souscrite par l'entreprise soit à titre obligatoire soit à titre facultatif, permettant ainsi aux salariés de s'affilier ou non à ladite garantie.

La couverture des salariés pourra être étendue aux ayants-droit du salarié à titre facultatif ou à titre obligatoire.

Article 2 | Champ d'application

Le présent accord est applicable à toutes les jardineries et graineteries relevant du champ d'application de la convention collective nationale du 3 décembre 1993 tel que défini en son article 1.1.

Article 3 | Commission paritaire de suivi

Une commission paritaire de suivi est créée pour veiller à la bonne mise en place et à l'évolution du régime.

Elle est composée d'un représentant par organisation (professionnelle et syndicale) signataire du présent accord.

La commission paritaire de suivi se réunit au moins une fois par an pour examiner les conditions d'application de l'accord du 1^{er} septembre 2022 et proposer des évolutions.

Article 4 | Bénéficiaires

Les salariés relevant du champ d'application de la CCN des jardineries et graineteries bénéficient de la complémentaire frais de santé « Socle » sans condition d'ancienneté, dès leur premier jour d'embauche.

Peuvent également être bénéficiaires les ayants droit du salarié, si leur couverture a été étendue à titre obligatoire ou si le salarié a demandé une extension de ses garanties dans les conditions de l'article 7.2 du présent accord.

L'adhésion au régime « Socle » est obligatoire pour l'ensemble des salariés, sous réserve des dérogations admises en matière de remboursements des frais de santé et précisées à l'article 8 ci-après.

Article 5 | Étendue des garanties

Article 5.1 | Prise d'effet des garanties

Les garanties du régime frais de santé « Socle » prennent effet immédiatement lors de la mise en œuvre du présent régime dans les entreprises, sans délai de carence.

Les garanties de la couverture additionnelle « Garantie optionnelle » et l'extension des garanties aux ayants droits, souscrites à titre obligatoire par l'entreprise, prennent effet à la date de souscription par l'entreprise.

Les garanties de la couverture additionnelle « Garantie optionnelle » ainsi que l'extension des garanties aux ayants-droit, souscrites à titre facultatif par l'entreprise, prennent effet à la date à laquelle le salarié a choisi de s'y affilier.

Article 5.2 | *Suspension du contrat de travail*

■ Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au salarié ainsi qu'à ses ayants-droit inscrits au contrat, lorsque :

- le salarié bénéficie d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- le salarié bénéficie d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée (APLD) ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Les deux premiers alinéas ci-dessus visent en particulier les périodes d'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle donnant lieu à une prise en charge par les assurances sociales.

Les cotisations du régime frais de santé sont dues dans les mêmes conditions que lorsque le salarié est en activité.

■ Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, le salarié peut demander le maintien des garanties moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

Article 5.3 | *Cessation des garanties*

Sans préjudice des dispositions liées à la portabilité des droits exposées à l'article 9 du présent accord, les garanties cessent à la date de rupture du contrat de travail du salarié, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le participant bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

En tout état de cause, la garantie cesse pour le salarié et ses ayants droit à la date de liquidation de la pension vieillesse du salarié par le régime de base de la sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail, excepté en cas de cumul emploi-retraite. La cessation de la garantie du contrat s'opère toujours de plein droit sans aucune formalité.

Article 6 | *Garanties*

Les garanties « Socle » et « Optionnelle » s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

À ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code.

Les niveaux des prestations des garanties « Socle » et « Garantie optionnelle » sont annexés au présent accord.

Article 7 | Couvertures optionnelles

Article 7.1 | Couverture du salarié

Lorsqu'elle n'a pas été souscrite à titre obligatoire par l'entreprise, le salarié a la possibilité de demander son affiliation à la couverture additionnelle « Garantie optionnelle » afin d'améliorer le niveau de prestations des garanties du « Socle ».

Article 7.2 | Couverture des ayants droit

Lorsqu'elle n'a pas été souscrite à titre obligatoire par l'entreprise, le salarié a la possibilité de demander l'extension de ses garanties obligatoires et, le cas échéant, facultatives à un ou plusieurs de ses ayants droit.

Il est précisé que le niveau de couverture du salarié et de ses ayants droit doit être identique.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- son conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- le cocontractant d'un Pacs : est assimilé au conjoint, la personne qui a conclu un pacte civil de solidarité avec le salarié conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du code civil ;
- le concubin : personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du code civil, avec le salarié, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou a été adopté. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge :

Par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du salarié dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants du conjoint, du cocontractant d'un Pacs ou du concubin du salarié, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge du salarié, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leur besoin et assure leur entretien ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue.

Sont considérés comme « enfants à charge » :

- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont à charge fiscalement du salarié ;
- tous les enfants, quel que soit leur âge, atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Article 8 | Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article 4 du présent accord prévoyant l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés, ont la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation les salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- les salariés qui bénéficient, au jour de l'entrée en vigueur de cet accord, au jour de l'adhésion de l'entreprise ou de leur embauche si elle est postérieure, de la complémentaire santé solidaire (CSS).

Cette dispense n'est valable que jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel. Ensuite, le salarié devra obligatoirement être affilié au régime ;

- les salariés couverts par une assurance individuelle au jour de l'entrée en vigueur de cet accord ou de l'embauche si elle est postérieure.

Cette dispense n'est valable que jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel. Ensuite, le salarié devra obligatoirement être affilié au régime ;

- les salariés à employeurs multiples qui bénéficient d'une couverture collective et obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés ou apprentis sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois qui ont souscrit une couverture individuelle frais de santé par ailleurs ;
- les salariés ou apprentis sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel ou apprentis n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la cotisation à leur charge est au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés couverts pour les mêmes risques à titre collectif et obligatoire par leur conjoint ;
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise. L'un des membres du couple peut alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

La mise en œuvre d'un des cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse du salarié. Préalablement à la demande de dispense, l'employeur informe le salarié des conséquences de son choix d'être dispensé en lui indiquant qu'il ne bénéficiera ni des prestations ni de la portabilité.

Au moment de la mise en place du régime frais de santé, la demande de dispense devra être adressée à l'employeur avant la fin du mois au cours duquel le régime prend effet, puis au plus tard le 1^{er} janvier de chaque année.

Le salarié devra produire chaque année à son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de dispense.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou de sa demande. Il doit alors obligatoirement en informer l'employeur et cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du mois civil suivant.

En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 9 | Portabilité des droits

Le bénéfice du présent accord prend fin en cas de rupture du contrat de travail du salarié (décès, départ en retraite sauf en cas de cumul emploi/retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle, etc.).

La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, continuent à bénéficier des garanties, les salariés qui remplissent les conditions fixées par la loi pour la portabilité des droits, dans les conditions et limites de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 10 | Maintien à titre individuel de la garantie frais de santé

Les anciens salariés (ou leurs ayants droit en cas de décès du salarié) pourront demander à l'assureur de bénéficier d'une proposition de maintien de la garantie frais de santé dans les conditions de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989.

Article 11 | Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une couverture complémentaire frais de santé à la date d'effet du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties du régime « Socle » définies dans le tableau des garanties annexé au présent accord pour un niveau de garanties égales ou supérieures, peuvent conserver leur régime.

Par niveau de garanties égales ou supérieures, il faut entendre des garanties égales ou supérieures pour chaque ligne de garanties et non sur une seule d'entre elles. En outre, les garanties en place doivent s'adresser à la même population que celle définie aux articles 4 et 7.2 du présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, avant la date d'effet du présent accord, une couverture obligatoire complémentaire frais de santé d'un niveau inférieur au régime « Socle » défini dans le tableau des garanties annexé au présent accord, doivent se mettre en conformité avec les dispositions de la couverture conventionnelle.

Article 12 | Cotisations

L'employeur prend en charge au moins 50 % du financement des garanties obligatoires.

En tout état de cause, lorsqu'elle n'a pas été souscrite à titre obligatoire par l'entreprise, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire à la « Garantie optionnelle » facultative en complément du « Socle », il devra en prendre en charge la totalité du financement.

Article 13 | Entrée en vigueur et formalité de dépôt

Le présent accord entre en vigueur au 1^{er} jour du trimestre qui suit la parution de son arrêté d'extension au *Journal officiel*, et au plus tôt le 1^{er} octobre 2022.

Le présent accord sera déposé auprès de l'administration conformément aux dispositions légales en vigueur et fera l'objet d'une demande d'extension.

Article 14 | Durée. Réexamen. Révision. Dénonciation

Article 14.1 | Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 14.2 | Réexamen

Les partenaires sociaux s'engagent à procéder au réexamen du présent accord tous les 5 ans.

Par ailleurs, le présent accord fera l'objet d'un réexamen, via un avenant de révision, notamment pour l'adapter aux évolutions législatives et réglementaires.

Article 14.3 | Révision et dénonciation

Le présent accord pourra être révisé dans les conditions prévues à l'article L. 2261-7 et suivants du code du travail.

L'accord pourra, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties signataires, être dénoncé avec un préavis de 6 mois, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Fait à Paris, le 1^{er} septembre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe - Tableaux des garanties

Régime hors Alsace-Moselle

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire Socle	Remboursement complémentaire Régime de base + Socle	Remboursement Garantie optionnelle	Remboursement total Régime de base + Socle + Garantie optionnelle
SOINS COURANTS					
● Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR	50 % BR	150 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR	30 % BR	130 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	80 % BR	150 % BR	100 % BR	250 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	60 % BR	130 % BR	70 % BR	200 % BR
● Auxiliaires paramédicaux	60% BR	40% BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
● Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60% BR	40% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 % BR	0% à 40%	100 % BR	150 % BR	250 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie,	-	30€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 3 séances par an	30€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 3 séances par an	10€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 1 séance par an	40€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 4 séances par an
● Médicaments					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Autres honoraires de pharmacien remboursés par le régime de base y compris vaccination anti-grippale	65 % BR ou 100 % BR	de 35% à 0% BR	100 % BR	-	100 % BR
● Matériel médical					
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf dentaires et auditives), piles et accessoires pour les aides auditives	60 % BR ou 100 % BR	de 40% à 0% BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
HOSPITALISATION					
● Frais de séjour établissement public, privé	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
● Actes d'obstétriques, de chirurgie, d'anesthésie :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % ou 80 % BR	180 % BR	70 % BR	250 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	80 % ou 60 % BR	160 % BR	40 % BR	200 % BR
● Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	-	100 % FR

● Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR	-	100 % FR
● Chambre particulière (par jour)	-	50 €	50 €	25 €	75 €
OPTIQUE					
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾ Maximum 100€ pour la monture de classe B et 30€ pour la monture de classe A			
● Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾					
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
● Équipement hors "100% SANTÉ" (Classe B)					
- Monture	60 % BR	50 € - RO	50€	50€	100€
- Verre simple ⁽⁹⁾	60 % BR	75 € - RO /verre	75€ /verre	25€ /verre	100€ /verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	125 € - RO /verre	125€ /verre	25€ /verre	150€ /verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	175 € - RO /verre	175€ /verre	25€ /verre	200€ /verre
● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
● Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	-	-	Frais réels	-	Frais réels
● Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	130 % BR	190 % BR	60 % BR	250 % BR
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-		75€ /an / œil	-	100€ / an / œil
DENTAIRE					
● Prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
● Soins 100% Santé (dont soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlays/onlays)	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
● Soins hors 100% Santé (dont soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlays/onlays)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	175 % BR	275 % BR
● Prothèses (hors 100% Santé) :					
- Prothèses et inlay core à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	70 % BR	105 % BR	175 % BR	125 % BR	300 % BR
- Prothèses et inlay core à honoraires libres	70 % BR	105 % BR	175 % BR	125 % BR	300 % BR
● Orthodontie remboursée par le régime de base	100% ou 70 % BR	75% ou 105% BR	175 % BR	125 % BR	300 % BR
AIDES AUDITIVES (11)					
● Équipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁸⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	40 % BR	100 % BR limité à 1700 € par aide auditive	150 % BR	250 % BR limité à 1700 € par aide auditive
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	40 % BR	100 % BR limité à 1700 € par aide auditive	150 % BR	250 % BR limité à 1700 € par aide auditive
DIVERS					
◆ Frais de transport remboursés par le régime de base	65 % BR ou 100 % BR	35% ou 0% BR	100 % BR	150 % BR	250 % FR
◆ Réseau de soins		OUI	OUI	OUI	OUI
● Assistance	-	OUI	OUI	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes.

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) Verres Classe B

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre \leq +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre \leq +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Régime Alsace-Moselle

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire Socle	Remboursement complémentaire Régime de base + Socle	Remboursement Garantie optionnelle	Remboursement total Régime de base + Socle + Garantie optionnelle
SOINS COURANTS					
• Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR	50 % BR	150 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR	30 % BR	130 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	60 % BR	150 % BR	100 % BR	250 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	40 % BR	130 % BR	70 % BR	200 % BR
• Auxiliaires paramédicaux	90 % BR	10 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	90 % BR	10 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	90 % ou 100 % BR	10 % ou 0 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture,	-	30€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 3 séances par an	30€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 3 séances par an	10€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 1 séance par an	40€/bénéficiaire/par séance dans la limite de 4 séances par an
• Médicaments					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Autres honoraires de pharmacien remboursés par le régime de base y compris vaccination anti-grippale	90 % BR	10 % BR	100 % BR	-	100 % BR
• Matériel médical					
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	10 % BR	100 % BR	-	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf dentaires et auditives), piles et accessoires pour les aides auditives	90 % ou 100 % BR	10 % ou 0 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR

HOSPITALISATION					
• Frais de séjour établissement public, privé	100 % BR	-	100 % BR	150 % BR	250 % BR
• Actes d'obstétriques, de chirurgie, d'anesthésie :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	80 % BR	180 % BR	70 % BR	250 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	60 % BR	160 % BR	40 % BR	200 % BR
• Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100 % FR	-	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	100 % FR	-	100 % FR	-	100 % FR
• Chambre particulière (par jour)	-	50 €	50 €	25 €	75 €
OPTIQUE					
Equipement : 2 verres + monture			1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾ Maximum 100€ pour la monture de classe B et 30€ pour la monture de classe A		
• Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾					
- Monture	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
• Equipement hors "100% SANTE" (Classe B)					
- Monture	90 % BR	50 € - RO	50€	50€	100€
- Verre simple ⁽⁹⁾	90 % BR	75 € - RO /verre	75€ /verre	25€ /verre	100€ /verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	90 % BR	125 € - RO /verre	125€ /verre	25€ /verre	150€ /verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	90 % BR	175 € - RO /verre	175€ /verre	25€ /verre	200€ /verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	100 % BR	190 % BR	60 % BR	250 % BR
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-		75€ /an / œil		100€/ an / œil
DENTAIRE					
• Prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
• Soins 100% Santé (dont soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlays/onlays)	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
• Soins hors 100% Santé (dont soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlays/onlays)	90 % BR	10 % BR	100 % BR	175 % BR	275 % BR
• Prothèses (hors 100% Santé) :					
- Prothèses et inlay core à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	90 % BR	85 % BR	175 % BR	125 % BR	300 % BR
- Prothèses et inlay core à honoraires libres	90 % BR	85 % BR	175 % BR	125 % BR	300 % BR
• Orthodontie remboursée par le régime de base	100 % ou 90 % BR	85% ou 75% BR	175 % BR	125 % BR	300 % BR

AIDES AUDITIVES (11)					
● Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁸⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	-	Frais réels
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	10 % BR	100 % BR limité à 1700 € par aide auditive	150 % BR	250 % BR limité à 1700 € par aide auditive
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	10 % BR	100 % BR limité à 1700 € par aide auditive	150 % BR	250 % BR limité à 1700 € par aide auditive
DIVERS					
● Frais de transport remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR	150 % BR	250 % FR
● Réseau de soins		OUI	OUI	OUI	OUI
● Assistance	-	OUI	OUI	OUI	OUI

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime Obligatoire

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes.

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) Verres Classe B

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.