

TABLEAU DES GARANTIES « 100 % SANTÉ »
Contrat(s) collectif(s) frais de santé

des entreprises relevant de la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (IDCC 2941)

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés, sauf mention expresse contraire et dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.
Les offres Confort et Confort + s'entendent Base Prime incluse.

	Base Prime	Confort	Confort +
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ			
Honoraires, actes et soins			
- Médecins signataires DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
- Médecins non signataires DPTM	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Participation du patient (pour actes > 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Séjours			
Frais de séjour	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière Hors ambulatoire et dans la limite des tarifs signés par convention			
- Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie - Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur	1,5 % PMSS / jour	2,5 % PMSS / jour	3,5 % PMSS / jour
- Maternité - Durée limitée à 6 jours par hospitalisation Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	2 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	4 % PMSS / jour
Frais d'accompagnement - Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	-	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites généralistes médecins signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations et visites généralistes médecins non signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations et visites spécialistes médecins signataires DPTM Limité à 100 % BR hors parcours de soins	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Consultations et visites spécialistes médecins non signataires DPTM Limité à 100 % BR hors parcours de soins	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses médicales et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie médecins signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie médecins non signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie médecins signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie médecins non signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Base Prime	Confort	Confort +
SOINS COURANTS – (suite)			
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie hors médicaments	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical : Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR
Participation du patient - Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
DENTAIRE			
Panier « 100 % Santé »⁽¹⁾ - Soins et prothèses			
- Inlay Core	100 % des frais dans la limite des HLF	100 % des frais dans la limite des HLF	100 % des frais dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % des frais dans la limite des HLF	100 % des frais dans la limite des HLF	100 % des frais dans la limite des HLF
Prothèses hors « 100 % Santé »			
Panier à honoraires maîtrisés⁽¹⁾ Actes soumis à des honoraires limites de facturation (HLF)			
- Inlays / onlays	100 % BR	135 % BR	165 % BR
- Inlay Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415 % BR
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR
Panier à honoraires libres⁽¹⁾			
- Inlays / onlays	100 % BR	135 % BR	165 % BR
- Inlay Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415 % BR
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	300 % BR	325 % BR
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie ⁽²⁾ – Non remboursés par l'AMO – Par bénéficiaire	-	Forfait de 300 € / an	Forfait de 600 € / an
OPTIQUE⁽³⁾ - 1 monture et 2 verres tous les 2 ans de date à date pour les adultes de 16 ans et + (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale), tous les ans de date à date pour les enfants de + de 6 ans et de - de 16 ans, tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)			
Panier « 100 % Santé »⁽⁴⁾ - verres et/ou monture - classe A			
- Monture adulte (16 ans et +) ⁽³⁾	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
- Monture enfant (- de 16 ans) ⁽³⁾	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
- Verres adulte (16 ans et +) - Tous types de correction ⁽³⁾	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
- Verres enfant (- de 16 ans) - Tous types de correction ⁽³⁾	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
- Prestations d'appareillage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) - Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
- Supplément pour verres avec filtres - Verres de classe A	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV

	Base Prime	Confort	Confort +
OPTIQUE ⁽³⁾ – (suite)			
Équipements hors « 100 % Santé » - verres et / ou monture Classe B - Panier libre ⁽⁵⁾			
- Monture adulte (16 ans et +) ⁽³⁾ – Y/c Ticket Modérateur	70 €	100 €	100 €
- Monture enfant (- de 16 ans) ⁽³⁾ – Y/c Ticket Modérateur	50 €	75 €	75 €
- Verre adulte (16 ans et +) ⁽³⁾ - Forfait / verre / bénéficiaire y/c Ticket Modérateur	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
- Verre enfant (- de 16 ans) ⁽³⁾ - Forfait / verre / bénéficiaire y/c Ticket Modérateur	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B			
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Supplément pour verres avec filtres - Verres de classe B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles remboursées par l'AMO - Forfait / an / bénéficiaire – 100 % BR minimum	+ 2 % PMSS	+ 3 % PMSS	+ 4 % PMSS
Lentilles non remboursées par l'AMO (y/c lentilles jetables) - Forfait / an / bénéficiaire	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO - Forfait par an / bénéficiaire / œil	200 €	300 €	400 €
AIDES AUDITIVES			
Nature des actes indemnisés jusqu'au 31/12/2020			
- Aides auditives – Par année civile	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 15 % PMSS	100 % BR + 25 % PMSS
- Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁶⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Nature des actes indemnisés à compter du 01/01/2021 - Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement /oreille tous les 4 ans (date de délivrance). Ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.			
Équipement « 100% Santé » ⁽⁷⁾ - Classe I - Soumis à des prix limites de vente			
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire (y compris) ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV	100 % des frais dans la limite des PLV
Équipement hors « 100 % Santé » ⁽⁸⁾ - Classe II - Panier libre			
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 170 €	100 % BR + 500 €	100 % BR + 850 €
- Aides auditives jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire (y compris) ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 170 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁶⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PRÉVENTION – BIEN-ÊTRE			
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	100% BR	100 % BR
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO - Forfait par an / bénéficiaire	2,5 % du PMSS	2,5 % du PMSS	3,5 % du PMSS
- Médecines complémentaires : ostéopathie – par séance	-	-	20 € (5 séances maxi / an)
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO			
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait hébergement et transport – Forfait par an / bénéficiaire	-	10 % PMSS	10 % PMSS
Maternité - allocation naissance - Pour la naissance d'un enfant déclaré	5 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS

GRILLE OPTIQUE ADULTE ET ENFANT (remboursement par verre de classe B)

	Base Prime		Confort		Confort +	
	+ 16 ans	- 16 ans	+ 16 ans	- 16 ans	+ 16 ans	- 16 ans
Verre unifocal - Sphériques						
SPH de - 6 à + 6 (*)	48 €	38 €	68 €	54 €	83 €	67 €
SPH < à - 6 ou > à + 6	90 €	81 €	128 €	115 €	158 €	141 €
Verre unifocal, Sphero-cylindrique						
SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	52 €	43 €	74 €	61 €	92 €	75 €
SPH > 0 et S ≤ + 6	52 €	43 €	74 €	61 €	92 €	75 €
SPH > 0 et S > + 6	86 €	76 €	122 €	108 €	150 €	133 €
SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	86 €	76 €	122 €	108 €	150 €	133 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	86 €	135 €	122 €	166 €	150 €
Verre multi-focal ou progressif sphérique						
SPH de - 4 à + 4	114 €	105 €	162 €	149 €	200 €	183 €
SPH < à - 4 ou > à + 4	124 €	114 €	176 €	162 €	216 €	200 €
Verre multi-focal ou progressif Sphero-cylindrique						
SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	124 €	114 €	176 €	162 €	216 €	200 €
SPH > 0 et S ≤ + 8	124 €	114 €	176 €	162 €	216 €	200 €
SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	133 €	124 €	189 €	176 €	233 €	216 €
SPH > 0 et S > + 8	133 €	124 €	189 €	176 €	233 €	216 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	133 €	124 €	189 €	176 €	233 €	216 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.



FONDS SOCIAL DÉDIÉ

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé, l'organisme assureur auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.

Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...

Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire). **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. **HLF** : Honoraires Limites de Facturation. **PLV** : Prix limite de vente. **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux **SPH** : sphère. **CYL** : cylindre (+).

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(2) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(3) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
 - Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(5) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(6) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(8) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.