ACCORD COLLECTIF DE GROUPE
RELATIF AUX REGIMES DE PREVOYANCE
DE REMBOURSEMENT DE « FRAIS DE SANTE »
APPLICABLES AU SEIN DU GROUPE OGF

DR

ACCORD COLLECTIF DE GROUPE RELATIF AUX REGIMES DE PREVOYANCE DE REMBOURSEMENT DE « FRAIS DE SANTE » APPLICABLES AU SEIN DU GROUPE OGF

ENTRE LES SOUSSIGNES

Les sociétés définies à l'article 2.1 du présent accord ayant donné mandat à la société OGF SA, société anonyme dont le siège social est situé 31 rue de Cambrai – 75019 PARIS, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 542 076 799, représentée par Monsieur Denis COLEU, Directeur des Ressources Humaines, de les représenter pour négocier et conclure le présent accord,

dénommées ci-après « le Groupe OGF »,

D'UNE PART,

ET

Les organisations syndicales représentatives de salariés :

le syndicat CFDT représenté par Thierry TOURNAIRE en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat CFE-CGC représenté par Antonio DAGETTI en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat CFTC représenté par Yannick Flury... en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat CGT représenté par ..... en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat FO représenté par FREDERIC GUALDI en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

Tous les Coordonnateurs syndicaux de Groupe précités ont été dûment habilités à négocier et à signer le présent accord

D'AUTRE PART.

Après avoir rappelé que :

Le Groupe OGF a conclu, le 17 décembre 2015, un accord de groupe de prévoyance de remboursement de « frais de santé ».

Cet accord arrivant à échéance le 31 décembre 2018, les organisations syndicales représentatives dans le Groupe et la Direction se sont réunies afin de renégocier, à effet du 1er janvier 2019, les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficie actuellement le personnel du Groupe OGF en matière de remboursement de « frais de santé ».

Dès lors, l'objectif de ces travaux a été de rechercher le meilleur rapport garantie/coût possible, tout en assurant un bon équilibre du régime.

Les parties rappellent que les contrats de prévoyance complémentaire frais de santé souscrits par la société OGF respectent/répondent aux exigences du contrat responsable, c'est-à-dire qu'ils prévoient certaines prises en charge minimum ou, à l'inverse, exclus certains remboursements, conformément aux orientations liées au parcours de soins du régime de base.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation de l'Instance Commune d'OGF

ARTICLE 1

OBJET

Le présent accord a pour objet l'adhésion des salariés visés à l'article 3 du présent accord au contrat d'assurance collectvive.

Chacune des sociétés entrant dans le champ d'application de cet accord adhérera à ce contrat qui sera souscrit à cet effet par la société OGF SA.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur. A cet effet, elles se réuniront six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, du contrat de garanties collectives, suite à un avenant au présent accord.

ARTICLE 2

CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

2.1.

SOCIETES DU GROUPE OGF

Le présent accord concerne les sociétés suivantes :

La Société OGF SA

La Société G2F SA

La Société Crématorium Clermont Communauté SAS

La Société Crématoriums de l'Agglomération Nantaise SAS

La Société ATRIUM

La Société Crématorium du Grand Dijon

La Société Complexe Funéraire du Havre

La Société Le Gal Fabrication

La Société Crématorium de Valenciennes Métropole

La Société Crématorium du Mans

Elles constituent « le Groupe OGF » au sens du présent accord.

DR FG

2.2.

ADHESION

Toute société détenue à plus de 50 % par la société OGF SA et dont le siège social est situé en France pourra adhérer au présent accord, par accord signé avec les organisations syndicales représentatives de salariés au niveau du Groupe OGF incluant la nouvelle société adhérente.

Cet accord d'adhésion devra être notifié aux autres signataires du présent accord. Il fera également l'objet d'un dépôt auprès de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (ci-après, « DIRECCTE »).

Concomitamment à son adhésion au présent accord, la société devra adhérer au contrat d'assurance collective en vigueur.

Une fois que l'adhésion au présent accord sera effective, la société fera partie du « Groupe OGF » au sens du présent accord.

2.3.

SORTIE D'UNE ENTREPRISE DU CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord cessera de s'appliquer à une société signataire ou adhérente, dès lors qu'elle ne sera plus détenue à plus de 50 % par la société OGF SA.

La société concernée devra immédiatement notifier cette sortie du champ d'application de l'accord à l'ensemble des organisations syndicales signataires ou adhérentes au présent accord, aux autres sociétés du Groupe OGF ainsi qu'à la DIRECCTE.

Par ailleurs, la société concernée devra immédiatement dénoncer son adhésion au contrat d'assurance en vigueur.

2.4.

APPLICATION VOLONTAIRE

Les parties rappellent que le Comité d'entreprise de la société OGF SA pourra appliquer volontairement le présent accord pour faire bénéficier ses salariés de garanties de remboursement de « frais de santé ».

Les parties rappellent également que la SOMOTHA, filiale à 100 % de la Société OGF et intervenant à Monaco, pourra appliquer volontairement le présent accord pour faire bénéficier ses salariés de garanties de remboursement de « frais de santé ».

ARTICLE 3

ADHESION DES SALARIES

3.1.

SALARIES BENEFICIAIRES

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des sociétés du Groupe OGF.

3.2.

CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION

L'adhésion aux présents régimes est obligatoire pour tous les salariés du Groupe OGF.

Leur adhésion résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

3.3.

EVOLUTION ULTERIEURE DE LA COTISATION

Toute évolution de la cotisation en raison, notamment, d'un changement législatif, d'un mauvais rapport sinistres-primes, entraînera une réduction proportionnelle des prestations par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations existant au jour de la signature de l'accord suffise au financement du système de garanties pendant toute la durée du présent accord.

ARTICLE 4

PRESTATIONS

Les prestations ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance.

En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour les sociétés, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les prestations relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

ARTICLE 5

COTISATIONS

Les cotisations mensuelles servant au financement des régimes de prévoyance remboursement de « frais de santé » seront prises en charge par les entreprises du Groupe OGF et leurs salariés, en fonction du salaire des bénéficiaires, selon les modalités suivantes :

	Part salariale	Part patronale	TOTAL
Taux T1 + T2	1,4 %	1,4 %	2,8 %

En tout état de cause, quel que soit le salaire, les cotisations patronales à l'organisme assureur ne pourront être inférieures à 19,95 euros par mois et les cotisations salariales à l'organisme assureur ne pourront être inférieures à 19,95 euros par mois.

Détermination de l'assiette :

T1 = Partie du salaire comprise entre 0 et 1 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour toute information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est égal à 3 311 euros en 2018. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.

ARTICLE 6

COMMISSION DE SUIVI

Une commission de suivi de l'application de cet accord, dénommée « Commission Protection sociale», est constituée au niveau du Groupe OGF. Cette commission sera en charge du suivi du présent accord ainsi que de l'accord relatif au régime de prévoyance de « Incapacité, Invalidité, Décès », conclu le même jour.

Elle sera composée de :

- 2 représentants des salariés désignés par chaque organisation syndicale signataire,
- 2 membres mandatés par la Direction.

Les membres de la « Commission Protection Sociale » pourront se faire assister, s'ils le souhaitent, par un expert libre éventuellement désigné par l'Instance Commune de la Société principale (OGF SA).

La « Commission Protection Sociale » se réunira à la demande d'une Organisation Syndicale signataire, dans un délai de 3 mois suivant la réception de la demande, au maximum une fois par an, afin d'examiner les comptes de gestion de l'exercice écoulé et de préparer un avis pour les élus du comité d'entreprise, ceci afin d'assurer un suivi de l'équilibre des régimes et de la consommation médicale.

Il est expressément prévu par les parties au présent accord qu'en cas de création par l'Instance Commune d'une Commission intervenant en partie ou en totalité sur le sujet de la protection sociale complémentaire, la « Commission Protection Sociale » prévue par le présent accord cessera d'exister.

ARTICLE 7

INFORMATION

7.1.

INFORMATION INDIVIDUELLE

Chaque société du Groupe OGF remettra aux salariés et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés des sociétés du Groupe OGF seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

7.2. INFORMATION COLLECTIVE

Conformément aux dispositions applicables, l'Instance Commune ou le Comité Social et Economique de chacune des sociétés du Groupe OGF sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de remboursement de « frais de santé ».

Dans le but de responsabiliser le personnel sur la consommation médicale, chacune des sociétés du Groupe OGF fournira périodiquement une note de synthèse sur les régimes, afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport sinistres-primes et des conséquences envisageables.

ARTICLE 8

DUREE-REVISION-CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

- Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 3 ans, à compter du 1er janvier 2019. Il cessera donc ses effets au 31 décembre 2021.

  L'accord cessera de s'appliquer au terme de l'échéance, le 31 décembre 2021, et ne produira pas ses effets comme un accord collectif à durée indéterminée.

- Conformément à l'article L. 2222-5 du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

  La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

  L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

  L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

  La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance entraîne, de plein droit, pour le régime en cause uniquement, la caducité du présent accord par disparition de son objet.

  La résiliation, par l'organisme assureur, de l'avenant d'adhésion d'une des sociétés du Groupe OGF, emportera, uniquement en ce qui la concerne, caducité de plein droit des dispositions du présent accord par disparition de leur objet.

GF

ARTICLE 9

DEPOT ET PUBLICITE

Un exemplaire du présent accord sera déposé auprès de la DIRECCTE d'Ile-de-France, ainsi qu'au secrétariat greffe du conseil de prud'hommes de Paris, selon les modalités de dépôt prévues par le Code du Travail.

Par ailleurs, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans les entreprises.

Enfin, le présent accord sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la Direction pour sa communication avec le personnel.

A Paris, le 22 novembre 2018

Fait en 8 exemplaires originaux.

Pour la Direction

Pour la Fédération INTERCO

CFDT

Pour la Confédération Française de l'Encadrement C.G.C

CFE CGC

Pour la Confédération Française Des Travailleurs Chrétiens

CFTC

Pour le Syndicat National de Thanatologie

CGT

Pour Force Ouvrière

Syndicat des Services Publics de Santé et des Services Funéraires

Annexe : descriptif des garanties

↳ TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES

Les remboursements présentés ci-après sont les montants remboursés par l'Institution au titre du REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE. Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

NATURE DES PRESTATIONS	MONTANT DES PRESTATIONS
HOSPITALISATION	
⏭ **HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE** (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation, hospitalisation à domicile et hospitalisation dans le cadre d'une maternité) **(1)**	
. Frais de séjour en établissement conventionné : frais de séjour y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques ----------	**100 % FR – SS** (*) dans la limite de **400% BR-MR**
. Frais de séjour en établissement non conventionné et secteur privé en hôpital public : frais de séjour y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques ----------	**90 % FR – SS** (*) dans la limite de **360 % BR-MR**
. Honoraires médicaux et chirurgicaux :	
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM----------	**100 % FR – SS** (*) dans la limite de **400% BR-MR**
- Médecins non adhérents à l'un des DPTAM----------	**100 % FR – SS** (*) dans la limite de **200% BR-MR**
. Forfait Journalier de la Sécurité sociale (pris en charge sans limitation de durée) ----------	**100 %** des frais réels
. Forfait actes lourds----------	**100 %** du forfait
. Chambre particulière en établissement conventionné (maximum 15 jours par séjour)----------	**100 % FR – SS** (*) dans la limite de **3% PMSS** (**) par jour
. Chambre particulière en établissement non conventionné (maximum 15 jours par séjour)------	**90 % FR – SS** (*) dans la limite **de 3% PMSS** (**) par jour
. Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans :	
En établissement conventionné ----------	**100 % FR – SS** (*) dans la limite de **2% PMSS** (**) par jour
En établissement non conventionné ----------	**90 % FR – SS** (*) dans la limite de **2% PMSS** (**) par jour
(*) et tout autre organisme (**) en vigueur au 1er jour de l'hospitalisation	
MEDECINE COURANTE	
⏭ **TRANSPORT EN AMBULANCE**	**100 % BR – MR**
⏭ **PHARMACIE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE (y compris VACCINS remboursés par la Sécurité sociale)**	**100 % BR – MR**
⏭ **VACCINS non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin (donc bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché), remboursement par an et par bénéficiaire**	**6 % PMSS** **en vigueur au jour de la dépense**
⏭ **CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)**	
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM----------	**170 % BR – MR**
- Médecins non adhérents à l'un des DPTAM----------	**150 % BR – MR**
⏭ **CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes)**	
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM----------	**170 % BR – MR**
- Médecins non adhérents à l'un des DPTAM----------	**150 % BR – MR**
⏭ **ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE**	
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM----------	**400 % BR – MR**
- Médecins non adhérents à l'un des DPTAM----------	**200% BR – MR**
⏭ **ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER**	
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM----------	
- Médecins non adhérents à l'un des DPTAM ----------	**600 % BR – MR** **200 % BR – MR**
⏭ **ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)**	**110% BR – MR**
⏭ **ANALYSES BIOLOGIQUES**	**100% BR – MR**
⏭ **PROTHÈSES AUDITIVES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE**	**100% BR – MR + forfait de 25,6% PMSS en vigueur au jour de la dépense <u>par oreille et par an</u>**
⏭ **PROTHÈSES AUDITIVES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE**	**19,5% PMSS en vigueur au jour de la dépense <u>par oreille et par an</u>**

⏭ ORTHOPÉDIE, APPAREILLAGE ET PROTHESES DIVERSES, NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	345% BR – MR

MEDECINE NON CONVENTIONNELLE ET FRAIS DE PREVENTION	
⏭ **MEDECINE NON CONVENTIONNELLE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale)** **. Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe.** **Le praticien doit disposer d'un numéro ADELI (professionnel de santé) ou FINESS (médecin).** Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.	**1 % PMSS en vigueur au jour de la dépense par séance et dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire**
⏭ **FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)** **. Sevrage Tabagique :** **Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor)** ---------- **. Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum)** ---------- **. Dépistage de l'hépatite B** ----------	**30 € par année civile et par bénéficiaire** **Remboursement identique à celui** **des « soins dentaires »** **des « analyses »**
. Séances d'activité physique en cas d'Affection Longue Durée : Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique---	**200 € par année civile et par bénéficiaire**
DENTAIRE	
⏭ **CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS** **. Consultations et soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention et inlays onlays d'obturation), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie prise en charge par la Sécurité Sociale** ----------	**170 % BR – MR**
⏭ **PROTHÈSES DENTAIRES prises en charge par la Sécurité sociale** **Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations)** ----------	**370 % BR – MR**
⏭ **INLAYS CORE pris en charge par la Sécurité sociale** ----------	**250% BR – MR**
⏭ **PROTHÈSES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité sociale** ---------- (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)	**300 % BR** reconstituée sur une base de 107,50 €
⏭ **PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale : curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau** ----------	**500 € par an et par bénéficiaire**
⏭ **FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)** **. Frais pris en charge par la Sécurité Sociale** ---------- **. Frais non pris en charge par la Sécurité sociale (si le traitement a débuté entre 16 et 30 ans avec un maximum de quatre semestres consécutifs)** ----------	**350% BR – MR** **260% BR** reconstituée sur une base de 193,50 €
OPTIQUE	
⏭ **MONTURE ET VERRES (2)** **. Monture adulte** ---------- **. Monture enfant** ---------- **. verres selon la grille ci-après**	**150 €** **90 €**

TYPE DE VERRE	ENFANTS	ADULTES
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE		
Sphère de -6 à +6	**60 €**	**90 €**
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	**80 €**	**110 €**
Sphère < -10 ou > +10	**100 €**	**130 €**
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES		
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	**70 €**	**100 €**
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	**90 €**	**120 €**
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	**110 €**	**140 €**
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	**150 €**	**160 €**
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES		
Sphère de -4 à +4	**170 €**	**250 €**

Sphère < -4 ou > +4	**190 €**	**270 €**
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES		
Sphère de -8 à +8	**200 €**	**300 €**
Sphère < -8 ou > +8	**220 €**	**320 €**
⏭ LENTILLES DE CONTACT CORRECTRICES **. Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale**---------- **. Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale**---------- **. lentilles jetables**---------- **(*)** en vigueur au jour de la dépense	**5% PMSS (*)** par bénéficiaire et par an **8% PMSS (*)** par bénéficiaire et par an **8% PMSS (*)** par bénéficiaire et par an Au-delà du forfait, les lentilles remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 100% TM	
FORFAITS		
⏭ MATERNITE **. Maternité-Adoption plénière (multiplié par le nombre d'enfants nés ou adoptés au cours du même événement)**---------- **⏭ CURES THERMALES (Indemnité complémentaire versée dans la limite des frais engagés)** **.Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale (3) et (4)**---------- **.Cure thermale non prise en charge par la Sécurité sociale (3) et (4) (*)**---------- **(*)** Une cure thermale non prise en charge par la Sécurité sociale, doit pour ouvrir droit à prestation, avoir fait l'objet d'une prescription médicale dans le cadre d'une maladie chronique et fait l'objet d'une demande refusée auprès de la Sécurité sociale. **<u>Il est précisé que les frais liés à un séjour de thalassothérapie ne sont pas pris en charge.</u>**	**17,5 % PMSS en vigueur à la date de la naissance ou au jour du jugement de l'adoption plénière** **16 % PMSS** en vigueur au 1er jour de la cure **13 % PMSS** en vigueur au 1er jour de la cure	

⏭ LEGENDE

(1) Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.
Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6ème jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité.

LIMITATIONS POUR L'ENSEMBLE DU POSTE HOSPITALISATION :

SAUF POUR LE FORFAIT JOURNALIER DE LA SECURITE SOCIALE, L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 30 JOURS PAR ANNEE CIVILE ET PAR BENEFICIAIRE, S'AGISSANT :

- DES SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION DANS LE CADRE DE SEJOURS PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE ET CONSECUTIFS A UNE HOSPITALISATION,
- DES FRAIS EXPOSES EN ETABLISSEMENT PRIVE POUR MALADIE NERVEUSE OU MENTALE.

(2) Dans tous les cas, la prise en charge par l'Institution est limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.
Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.
Pour un équipement dont les verres sont de classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties des deux classes.

(3) Pour les honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM, la garantie est plafonnée à TM + 100 % BR.

(4) Les frais sont ceux correspondant aux frais médicaux, de transports, de séjour. L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme.

⏭ ABREVIATIONS

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale
TM : Ticket modérateur
MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale
FR-SS : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale
BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PROJET

DR TI FG 4F AP

⏭ DEFINITIONS

- **Ticket modérateur** : Base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- La **catégorie de personnel assurable** renvoie aux salariés pour lesquels le contrat est conclu (cf page 1) et qui remplissent les conditions d'adhésion (cf paragraphe « **BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE »** ci-après).
- Le **contrat socle obligatoire** est le contrat d'assurance de groupe obligatoire complémentaire à la Sécurité Sociale, en complément duquel intervient le présent contrat ; son numéro figure page 1.
- **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** : terme générique visant les différents dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé. Sont notamment visées l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). Les professionnels de santé concernés adhèrent ou n'adhèrent pas à l'un de ces dispositifs.

PROJET

DR TI DR KG AR. YF