

**ACCORD COLLECTIF DE GROUPE DU 24 JANVIER 2019 RELATIF A UN REGIME
DE PREVOYANCE DE REMBOURSEMENT DE
« FRAIS DE SANTE » FACULTATIF APPLICABLE AU SEIN DU GROUPE OGF**

ENTRE LES SOUSSIGNES

Les sociétés du Groupe OGF tel que défini à l'article 2.1 de l'accord collectif de Groupe relatif aux régimes de prévoyance de remboursement de « Frais de santé » du 17 décembre 2015 ont 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 Monsieur en sa qualité de
Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat CFE-CGC représenté par Monsieur *Antoine Roggelli* en sa qualité de
Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat CFTC représenté par Monsieur *Virginie GILHEM* en sa qualité de
Coordonnateur syndical de Groupe ;

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

le syndicat FO représenté par Monsieur *Frederic FREUDERIC* 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.

m

Après avoir rappelé que :

Le Groupe OGF a conclu, le 22 novembre 2018, un accord de groupe instituant un régime de prévoyance de remboursement de « Frais de santé ».

Ce régime de prévoyance de remboursement de frais de santé répond aux exigences du contrat responsable, en ce qu'il prévoit certaines prises en charge minimum ou, à l'inverse, exclu certains remboursements, conformément aux orientations liées au parcours de soins du régime de base.

Or, les assurés souhaitent de plus en plus se diriger vers une offre individuelle.

Conscientes de cette volonté des salariés du Groupe de compléter leur couverture santé de base, les parties au présent accord ont décidé d'ajouter au régime de prévoyance de remboursement de « frais de santé » un régime facultatif, proposant deux options.

FG
UG

W

Il a été décidé ce qui suit :

ARTICLE 1

OBJET

Le présent accord a pour objet d'ajouter une option complémentaire et une option sur-complémentaire au régime de prévoyance de remboursement de « frais de santé » existant au sein du Groupe OGF afin de permettre aux collaborateurs du Groupe qui le souhaitent de bénéficier de garanties améliorées, avec le meilleur ratio garantie/prix possible.

ARTICLE 2

ADHESION DES SALARIES

2.1.

SALARIES BENEFICIAIRES

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des sociétés du Groupe OGF tel que définies à l'article 2.1 de l'accord collectif de Groupe relatif aux régimes de prévoyance de remboursement de « Frais de santé » du 22 novembre 2018.

2.2.

ANCIENNETE REQUISE

L'ensemble des salariés des sociétés du Groupe OGF tels que définis à l'article 2.1 du présent accord pourront bénéficier dès le premier jour de leur embauche de l'option complémentaire ou de l'option sur-complémentaire au régime de prévoyance de remboursement de « frais de santé » institués à leur égard par le présent accord.

2.3.

CARACTERE FACULTATIF DE L'ADHESION

L'adhésion aux présentes options complémentaire et sur-complémentaire est facultative pour les salariés du Groupe OGF.

2.4.

MODALITES DE L'ADHESION

L'adhésion des salariés résulte de leur volonté de souscrire l'option complémentaire ou sur-complémentaire. Cette volonté est matérialisée par la signature d'un bulletin d'affiliation aux options complémentaire et/ou sur-complémentaire en cause.

AC 76
AD
VG

L'adhésion par les salariés à l'une des options au régime de prévoyance de remboursement de « frais de santé » se fait pour deux années entières. Par conséquent, l'éventuelle désaffiliation des salariés ne souhaitant plus bénéficier de l'option à laquelle ils ont souscrit ne pourra intervenir, a minima, qu'au terme d'un délai de deux ans à compter de la date de souscription de l'option concernée.

2.5.

EVOLUTION ULTERIEURE DE LA COTISATION

Toute évolution de la cotisation en raison, notamment, d'un changement législatif, d'un mauvais rapport sinistres-primés, 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 3

PRESTATIONS

Les prestations ont été élaborées par accord des parties aux contrats d'assurance.

En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour les sociétés.

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 4

COTISATIONS

Les cotisations mensuelles servant au financement des options complémentaire ou sur-complémentaire au régime de prévoyance de remboursement de « frais de santé » seront à l'entière charge des salariés ayant choisi d'y adhérer, selon les modalités suivantes :

Option 1	PMSS
Adulte	0.32%
Enfant (gratuité à partir du 4ème enfant)	0.21%
Option 2*	
Adulte	0.45%
Enfant (gratuité à partir du 4ème enfant)	0.35%

(*) l'option 2 vient en complément de l'option 1

Détermination de l'assiette : PMSS = Plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour toute information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est égal à 3 377 euros en 2019. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.

AV VG FB

NK

ARTICLE 5

INFORMATION**5.1.**

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 modalités d'application des options complémentaire et sur-complémentaire.

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

5.2.

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 ».

ARTICLE 6

DUREE

Le présent accord s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2019 et cessera de s'appliquer au 31 décembre 2021.

ARTICLE 7

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 et non signataires de celui-ci.

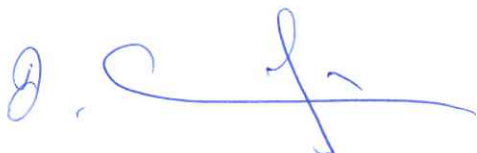
Enfin, le présent accord sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel. Il sera également mis en ligne sur l'Intranet du Groupe OGF.

MD
VG FG

A Paris, le 24 janvier 2019

Fait en 8 exemplaires originaux, dont deux pour les formalités de publicité.

Pour le Groupe OGF



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
des syndicats des Services Publics
de Santé et des Services funéraires



Annexe : descriptif des garanties

TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES

♦ **Attention** : Seuls les soins expressément mentionnés dans le tableau ci-dessous peuvent donner lieu à un remboursement d'UNIPRÉVOYANCE.

NATURE DES PRESTATIONS	MONTANT DES PRESTATIONS OPTION 2 PLUS – Non Responsable
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 ----- . 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 ----- . Honoraires médicaux et chirurgicaux : - Médecins adhérents à l'un des DPTAM ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM ----- . Forfait Journalier de la Sécurité sociale (pris en charge sans limitation de durée) ----- . Forfait actes lourds ----- . Chambre particulière en établissement conventionné (maximum 15 jours par séjour) ----- . Chambre particulière en établissement non conventionné (maximum 15 jours par séjour) ----- . Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans : En établissement conventionné ----- En établissement non conventionné ----- (*) et tout autre organisme (**) en vigueur au 1 ^{er} jour de l'hospitalisation	100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 90 % FR – SS (*) dans la limite de 360 % BR-MR 100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 100 % des frais réels 100 % du forfait 100 % FR – SS (*) dans la limite de 3% PMSS (**) par jour 90 % FR – SS (*) dans la limite de 3% PMSS (**) par jour 100 % FR – SS (*) dans la limite de 2% PMSS (**) par jour 90 % FR – SS (*) dans la limite de 2% PMSS (**) par jour
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 ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM -----	370 % BR – MR 370 % BR – MR
CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes) - Médecins adhérents à l'un des DPTAM ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM -----	370 % BR – MR 370 % BR – MR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - Médecins adhérents à l'un des DPTAM ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM -----	400 % BR – MR 400 % 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 400 % BR – MR
ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	210% BR – MR
ANALYSES BIOLOGIQUES	150% BR – MR
PROTHÈSES AUDITIVES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR – MR + forfait de 32,5% 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	26,5% PMSS en vigueur au jour de la dépense <u>par oreille et par an</u>

FG AB VG

» ORTHOPÉDIE, APPAREILLAGE ET PROTHESES DIVERSES, NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	475% 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.		2 % PMSS en vigueur au jour de la dépense par séance et dans la limite de 4 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 <u>Remboursement identique à celui</u> 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 -----		220 % BR – MR
» PROTHÈSES DENTAIRES prises en charge par la Sécurité sociale Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) -----		570 % BR – MR
» INLAYS CORE pris en charge par la Sécurité sociale -----		300% BR – MR
» PROTHÈSES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité sociale ----- (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)		500 % 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 -----		800 € 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) -----		450% BR – MR 360% BR reconstituée sur une base de 193,50 €
OPTIQUE		
» MONTURE ET VERRES (2) . Monture adulte ----- . Monture enfant ----- . verres selon la grille ci-après		200 € 150 €
TYPE DE VERRE	ENFANTS	ADULTES
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE		
Sphère de -6 0 +6	94 €	146 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	122 €	174 €
Sphère < -10 ou > +10	150 €	202 €
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES		
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	108 €	160 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	136 €	188 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	164 €	216 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	220 €	244 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES		
Sphère de -4 à +4	258 €	350 €

FG
UG
AN

Sphère < -4 ou > +4	286 €	378 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES		
Sphère de -8 à +8	300 €	420 €
Sphère < -8 ou > +8	328 €	448 €
» LENTILLES DE CONTACT CORRECTRICES	8% PMSS (*) par bénéficiaire et par an 13% PMSS (*) par bénéficiaire et par an 13% 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	
. 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		
FORAITS		
» MATERNITE	20 % PMSS en vigueur à la date de la naissance ou au jour du jugement de l'adoption plénière 22 % PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de la cure 19 % PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de la cure	
. 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>		

» 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 6^{ème} 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 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

RC FG
AB
VG

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.

AR VG FG

REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE + OPTION 1 RESPONSABLE

Les remboursements présentés ci-après sont les montants totaux remboursés par l'institution au titre du REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE et de l'OPTION 1 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 REMBOURSEMENTS	
	REGIME SOCLE	OPTION 1 (y compris régime socle)
	HOSPITALISATION	
M 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 ----- . 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 ----- . Honoraires médicaux et chirurgicaux : - Médecins adhérents à l'un des DPTAM ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM ----- . Forfait Journalier de la Sécurité sociale (pris en charge sans limitation de durée) ----- . Forfait actes lourds ----- . Chambre particulière en établissement conventionné (maximum 15 jours par séjour) ----- . Chambre particulière en établissement non conventionné (maximum 15 jours par séjour) ----- . Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans : En établissement conventionné ----- En établissement non conventionné ----- (*) et tout autre organisme (**) en vigueur au 1 ^{er} jour de l'hospitalisation	100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 90 % FR – SS (*) dans la limite de 360 % BR-MR 100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 100 % FR – SS (*) dans la limite de 200% BR-MR 100 % des frais réels 100 % du forfait 100 % FR – SS (*) dans la limite de 3% PMSS (**) par jour 90 % FR – SS (*) dans la limite de 3% PMSS (**) par jour 100 % FR – SS (*) dans la limite de 2% PMSS (**) par jour 90 % FR – SS (*) dans la limite de 2% PMSS (**) par jour	100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 90 % FR – SS (*) dans la limite de 360 % BR-MR 100 % FR – SS (*) dans la limite de 400% BR-MR 100 % FR – SS (*) dans la limite de 200% BR-MR 100 % des frais réels 100 % du forfait 100 % FR – SS (*) dans la limite de 3% PMSS (**) par jour 90 % FR – SS (*) dans la limite de 3% PMSS (**) par jour 100 % FR – SS (*) dans la limite de 2% PMSS (**) par jour 90 % FR – SS (*) dans la limite de 2% PMSS (**) par jour
MEDECINE COURANTE		
M TRANSPORT EN AMBULANCE	100 % BR – MR	100 % BR – MR
M PHARMACIE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE (y compris VACCINS remboursés par la Sécurité sociale)	100 % BR – MR	100 % BR – MR
M 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	6 % PMSS en vigueur au jour de la dépense
M CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)	170 % BR – MR 150 % BR – MR	320 % BR – MR 200 % BR – MR
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM -----		
M CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes)	170 % BR – MR	320 % BR – MR
- Médecins adhérents à l'un des DPTAM -----		



- Médecins non adhérents à l'un des DPTAM -----	150 % BR – MR	200 % BR – MR
M ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - Médecins adhérents à l'un des DPTAM ----- - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM -----	400 % BR – MR 200% BR – MR	400 % BR – MR 200% BR – MR
M 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	600 % BR – MR 200 % BR – MR
M ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	110% BR – MR	210% BR – MR
M ANALYSES BIOLOGIQUES	100% BR – MR	150% BR – MR
M PROTHÈSES AUDITIVES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR – MR + forfait de 25,6% PMSS en vigueur au jour de la dépense par oreille et par an	100% BR – MR + forfait de 30% PMSS en vigueur au jour de la dépense par oreille et par an
M PROTHÈSES AUDITIVES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	19,5% PMSS en vigueur au jour de la dépense par oreille et par an	25% PMSS en vigueur au jour de la dépense par oreille et par an
M ORTHOPÉDIE, APPAREILLAGE ET PROTHÈSES DIVERSES, NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	345% BR – MR	410% BR – MR
MEDICINE NON CONVENTIONNELLE ET FRAIS DE PREVENTION		
M MEDICINE 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	1,5 % PMSS en vigueur au jour de la dépense par séance et dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
M 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 Afmor) ----- - Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum) ----- - Dépistage de l'hyperparathyroïdisme -----	30 € par année civile et par bénéficiaire Remboursement identique à celui des « soins dentaires » des « analyses »	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 adaptées 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	200 € par année civile et par bénéficiaire
DENTAIRE		
M CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS - Consultations et soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention et les onlays d'obturation), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie prise en charge par la Sécurité Sociale -----	170 % BR – MR	170 % BR – MR
M PROTHÈSES DENTAIRES prises en charge par la Sécurité sociale Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) -----		

[Signature]

2676
V6
20

	370 % BR – MR	570 % BR – MR
M INILAYS CORE pris en charge par la Sécurité sociale M PROTHÈSES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité sociale (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)	250% BR – MR 300 % BR reconstituée sur une base de 107,50 €	300 % BR – MR 500 % BR reconstituée sur une base de 107,50 €
M PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale : curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau	500 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire
M 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 €	450% BR – MR 360% BR reconstituée sur une base de 193,50 €
OPTIQUE		
M MONTURE ET VERRES (2) . Monture adulte . Monture enfant . verres selon la grille ci-après	150 € 90 €	150 € 150 €
TYPE DE VERRE	ENFANTS	ADULTES
	VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE	
Sphère de -6-0 +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 MULTIFOCALUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES	
Sphère de -4 à +4	170 €	250 €
Sphère < -4 ou > +4	190 €	270 €
	VERRES MULTIFOCALUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES	
Sphère de -8 à +8	200 €	300 €
Sphère < -8 ou > +8	220 €	320 €
	FORFAITS	
M 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	7% PMSS (*) par bénéficiaire et par an 12% PMSS (*) par bénéficiaire et par an 12% 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

M MATERINITE . Maternité-Adoption plénière (multiplié par le nombre d'enfants nés ou adoptés au cours du même événement) ----- M 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 thalasso-thérapie 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 1^{er} jour de la cure 13 % PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure	20 % PMSS en vigueur à la date de la naissance ou au jour du jugement de l'adoption plénière 20 % PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure 17 % PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure
---	--	--

M LEGENDE DU REGIME SOCIE OBLIGATOIRE RESPONSABLE ET DE L'OPTION 1 RESPONSABLE (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. <u>LIMITATIONS POUR L'ENFANT DU POSTE HOSPITALISATION :</u> 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. AU-DELA DE 30 JOURS, L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 100 % DU TICKET MODERATEUR. (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.

20
25
26

**ABREVIATIONS et DEFINITIONS DU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
ET DE L'OPTION 1 RESPONSABLE**

ABREVIATIONS

FR – SS	→ Frais Réels – Remboursement de la Sécurité Sociale
BR	→ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
MR	→ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
BR – MR	→ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
PMSS	→ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
TM	→ Ticket Modérateur
DPTAM	→ Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

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.

Tiers payant : disposition permettant au participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

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.

OK FG
VB

