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

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 Madame Valérie LEROUX, Directrice 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 Laurain en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat CFE-CGC représenté par Jean François Leuyer 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 Barka Abbad..... en sa qualité de Coordonnateur syndical de Groupe ;

le syndicat SECI-UNSA représenté par Christelle Lafontaine 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 22 novembre 2018, un accord de groupe de prévoyance de remboursement de « frais de santé ».

Cet accord arrivant à échéance le 31 décembre 2021, les organisations syndicales représentatives dans le Groupe et la Direction se sont réunies afin de renégocier, à effet du 1er janvier 2022, 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 collective.

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 :

- OGF SA
- G2F SA
- Crématorium Clermont Communauté SAS
- Crématoriums de l'Agglomération Nantaise SAS
- Crématorium de Valenciennes Métropole SAS
- Crématorium du Mans SAS
- Crématorium du Grand Dijon SAS
- Atrium SAS
- Complexe Funéraire du Havre SAS
- Crématorium de Laval Agglomération SAS
- Crématorium de ST GEORGES DE DIDONNE SAS
- COMITAM SARL
- Crématorium du LAURAGAIS SAS
- Crématorium de GIEN SAS
- Crématorium du GRAND NANCY SAS
- SOCIETE DES COMPLEXES FUNERAIRES MÉTROPOLITAINS
- Crématorium du ROUERGUE & QUERCY SAS
- Société du Crématorium du Grand Calais
- Société du Crématorium du Val d'Amboise

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

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 et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (ci-après, « DRIEETS »).

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 DRIEETS.

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 Social et Economique 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.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien, total ou partiel, de salaire (quelle qu'en soit la dénomination) ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Dans ces hypothèses, une contribution calculée selon les règles prévues pour les salariés dont le contrat de travail n'est pas suspendu est versée, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sans tenir compte du traitement social applicable à cette indemnisation.

Le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

3.4.

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 :

	Assiette	Part salariale	Part patronale	TOTAL
France métropolitaine (hors Alsace Moselle)	**Taux T1 + T2**	1,4 %	1,4 %	2,8 %
Alsace Moselle (*)	**Taux T1 + T2**	1 %	1 %	2 %

(*) : Etablissements situés au sein des départements 57, 67 et 68.

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.

Les parties conviennent également de manière transitoire, du 1er janvier 2022 ou 31 décembre 2022, d'appliquer un taux d'appel des cotisations de 90 % sur les taux mentionnés ci-dessus ainsi que sur la cotisation minimale indiquée ci-dessus.

Détermination de l'assiette :

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

T2 = Partie du salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Pour toute information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est égal à 3 428 euros en 2021. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.

ARTICLE 6

PORTABILITE DU REGIME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

Le régime de remboursement de frais de santé est maintenu dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 7

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 le Comité Social et Economique 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 social et économique, 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 le Comité Social et Economique 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 8

INFORMATION

8.1.

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.

8.2.

INFORMATION COLLECTIVE

Conformément aux dispositions applicables, 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 9

DUREE-REVISION-CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

- Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 3 ans, à compter du 1er janvier 2022. Il cessera donc ses effets au 31 décembre 2024.

  L'accord cessera de s'appliquer au terme de l'échéance, le 31 décembre 2024, 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.

ARTICLE 10

DEPOT ET PUBLICITE

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt sur la plateforme de télé procédure du Ministère du Travail et sera déposé au secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

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 15 décembre 2021

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 le Syndicat National de Thanatologie

CGT

Pour Force Ouvrière

Syndicat des Services Publics de Santé et des Services Funéraires

Pour le SECI-UNSA

Annexe : Descriptif des garanties au 1er janvier 2022 donné à titre indicatif

	Base	Option 1	Option 2
	Responsable	Adhésion facultative En complément du Socle	Adhésion facultative En complément de l'option 1
Prévention			
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS	-	-
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 Euros	-	-
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 euros	-	-
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, par année civile et par bénéficiaire	200 Euros	-	-
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, une fois dans la vie du contrat par bénéficiaire et dans la limite de :	100 Euros	-	-
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	TM	-	-
Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum)	170 % BR-MR	-	+ 50 % BR
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR-MR	+ 50 % BR	-

	Base	Option 1	Option 2
	Responsable	Adhésion facultative En complément du Socle	Adhésion facultative En complément de l'option 1
Hospitalisation (y compris frais de maternité)			
Frais de séjour			
Dans un établissement conventionné	100 % FR-MR dans la limite de 400 % BR-MR	-	-
Dans un établissement non conventionné	90 % FR-MR dans la limite de 360 % BR-MR	-	-
La prise en charge de l'hospitalisation en établissement non conventionné sera au minimum égale à 100% du TM			
Honoraires			
Médecins conventionnés adhérents à l'un des DPTAM	100 % FR-MR dans la limite de 400 % BR-MR	-	-
Médecins conventionnés non adhérents à l'un des DPTAM	100 % FR-MR dans la limite de 200 % BR-MR	-	+ 200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR-MR	-	-
Forfait actes lourds	100 % Forfait	-	-
Chambre particulière (par jour) (maximum 15 jours par séjour)			
Dans un établissement conventionné	100 % FR-MR dans la limite de 3 % PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)	-	-
Dans un établissement non conventionné	90 % FR-MR dans la limite de 3 % PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)	-	-
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)			
Dans un établissement conventionné	100 % FR-MR dans la limite de 2 % PMSS	-	-
Dans un établissement non conventionné	90 % FR-MR dans la limite de 2 % PMSS	-	-

Nous prenons 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 dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.
L'indemnisation :
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale
est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.
Au-delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

Maternité			
Forfait maternité (y compris en cas d'adoption plénière)	17,5 % PMSS	+ 2,5 % PMSS	-

La prestation est multipliée par le nombre d'enfants nés ou adoptés au cours du même événement

	Base	Option 1	Option 2
	Responsable	Adhésion facultative En complément du Socle	Adhésion facultative En complément de l'option 1
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé*	100 % PLV - MR	-	-
Soins (Hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	170 % BR-MR	-	+ 50 % BR
Les trois actes suivants de parodontologie : -Curetage / surfaçage -Greffe gingivale -Lambeau dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	500 Euros	-	+ 300 Euros
Prothèses (Hors 100% Santé)			
Panier Maitrisé**			
Prothèses fixes et appareils amovibles y compris les appareils transitoires et réparations	370 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	+ 200 % BR	-
Inlays core	250 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR	-	-
Panier libre***			
Prothèses fixes et appareils amovibles y compris les appareils transitoires et réparations	370 % BR-MR	+ 200 % BR	-
Inlays core	250 % BR-MR	+ 50 % BR	-
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	322,50 Euros	+ 215 Euros	-
Orthodontie			
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	350 % BR-MR	+ 100 % BR	-
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre (pour des soins débutés entre 16 et 30 ans), dans la limite de 4 semestres consécutifs par bénéficiaire	260 % BR Reconstituée	+ 100 % BR Reconstituée	-

***Soins et prothèses 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale **(Prix Limite de Vente : PLV)** ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

****Prothèses à tarifs limités :** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale **(Prix Limite de Vente : PLV)** ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

*****Prothèses à tarifs libres :** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

	Base	Option 1	Option 2
	Responsable	Adhésion facultative En complément du Socle	Adhésion facultative En complément de l'option 1
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR	+ 150 % BR	+ 50 % BR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	+ 50 % BR	+ 170 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR	+ 150 % BR	+ 50 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	+ 50 % BR	+ 170 % BR
Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR	+ 150 % BR	+ 50 % BR
Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	+ 50 % BR	+ 170 % BR
Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR	+ 150 % BR	+ 50 % BR
Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	+ 50 % BR	+ 170 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR-MR	-	-
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	-	+ 200 % BR
Téléconsultation Médicale		24h/24 Numéro de téléphone sans surcoût Depuis la France : 36 33 Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54 Voir conditions dans votre contrat	
Imagerie médicale			
Actes d'imagerie, échographies et doppler pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	600 % BR-MR	-	-
Actes d'imagerie, échographies et doppler pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	-	+ 200 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	+ 50 % BR	-
Honoraires paramédicaux			
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	110 % BR-MR	+ 100 % BR	-
Médicaments			
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15% Y compris les vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	-	-
Matériel Médical			
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	345 % BR-MR	+ 65 % BR	+ 65 % BR
Prothèses auditives non prises en charges en charge par la sécurité sociale (par oreille et par an)	19,5 % PMSS	+ 5,5 % PMSS	+ 1,5 % PMSS

	Base	Option 1	Option 2
	Responsable	Adhésion facultative En complément du Socle	Adhésion facultative En complément de l'option 1
Médecines non conventionnelles			
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	1,5 % PMSS	+ 0,5 % PMSS	+ 0,5 % PMSS
	Acupuncteur Chiropracteur Ostéopathe Naturopathe Diététicien	Acupuncteur Chiropracteur Ostéopathe Naturopathe Diététicien	Acupuncteur Chiropracteur Ostéopathe Naturopathe Diététicien
Dans la limite par bénéficiaire et par an	2 séances	+ 2 séances	-
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n°FINESS du praticien sera demandé.			
Aides auditives			
A partir du 1er janvier 2020			
Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV - MR	-	-
Equipements à tarifs libres (Classe 2)			
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus) - par oreille et par période de 4 ans	1300 Euros - MR	+ 113 Euros	+ 85 Euros
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans) - par oreille et par période de 4 ans	1700 Euros - MR	-	-
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	-	-
***Equipements 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés **(Prix Limite de Vente : PLV)** en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).			
Autres Postes			
Frais de Transport en ambulance	100 % BR-MR	-	-
Cures Thermales : frais médicaux, de séjour et de transport			
Cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale	16 % PMSS	+ 4 % PMSS	+ 2 % PMSS
Cure thermale non prise en charge par la Sécurité Sociale mais prescrite par un médecin dans le cadre d'une maladie chronique et ayant fait l'objet d'un refus de la part de la Sécurité sociale (les frais de thalassothérapie ne sont pas pris en charge)	13 % PMSS	+ 4 % PMSS	+ 2 % PMSS

	Base	Option 1	Option 2
	Responsable	Adhésion facultative En complément du Socle	Adhésion facultative En complément de l'option 1
Optique			
Verres et monture			
Equipements 100% Santé*	100 % PLV - MR	-	-
Verres et montures à tarifs libres			
Adulte (Bénéficiaire de 16 ans ou plus)	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture
Enfant (Bénéficiaire de moins de 16 ans)	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture	Grille optique verres et monture
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
***Equipements 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés **(Prix Limite de Vente - PLV)** en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).			
Autres postes optique			
Lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire),	5 % PMSS	+ 2 % PMSS	+ 1 % PMSS
Au-delà du forfait, la prise en charge est de 100 % TM			
Lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire)	8 % PMSS	+ 4 % PMSS	+ 1 % PMSS
Lentilles jetables (par année civile et par bénéficiaire)	8 % PMSS	+ 4 % PMSS	+ 1 % PMSS

Grille optique – Verres et monture

Montant par verre			Base Responsable		Option 1 Adhésion facultative En complément du Socle		Option 2 Adhésion facultative En complément de l'option 1	
Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Enfant - de 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - de 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - de 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +
Unifocal	Sphérique	- SPH de -6 à + 6 (*)	60 Euros - MR	90 Euros - MR	+ 24 Euros	+ 36 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
		- SPH < à -6 ou > à + 6	80 Euros - MR	110 Euros - MR	+ 32 Euros	+ 44 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
	Sphéro cylindrique	- SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	70 Euros - MR	100 Euros - MR	+ 28 Euros	+ 40 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
		- SPH > à 0 et S < ou = à + 6	70 Euros - MR	100 Euros - MR	+ 28 Euros	+ 40 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
		- SPH > à 0 et S > à + 6	70 Euros - MR	100 Euros - MR	+ 28 Euros	+ 40 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
		- SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	90 Euros - MR	120 Euros - MR	+ 36 Euros	+ 48 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
		- SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	150 Euros - MR	160 Euros - MR	+ 60 Euros	+ 64 Euros	+ 10 Euros	+ 20 Euros
Progressif et Multifocal	Sphérique	- SPH de -4 à + 4	170 Euros - MR	250 Euros - MR	+ 68 Euros	+ 50 Euros	+ 20 Euros	+ 50 Euros
		- SPH < à -4 ou > à + 4	190 Euros - MR	270 Euros - MR	+ 76 Euros	+ 80 Euros	+ 20 Euros	+ 28 Euros
	Sphéro cylindrique	- SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	200 Euros - MR	300 Euros - MR	+ 80 Euros	-	+ 20 Euros	+ 120 Euros
		- SPH > 0 et S < ou = à + 8	200 Euros - MR	300 Euros - MR	+ 80 Euros	-	+ 20 Euros	+ 120 Euros
		- SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	200 Euros - MR	300 Euros - MR	+ 80 Euros	-	+ 20 Euros	+ 120 Euros
		- SPH > à 0 et S > à + 8	200 Euros - MR	300 Euros - MR	+ 80 Euros	-	+ 20 Euros	+ 120 Euros
		- SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	200 Euros - MR	300 Euros - MR	+ 80 Euros	-	+ 20 Euros	+ 120 Euros
		Monture	90 Euros - MR	100 Euros - MR	+ 10 Euros	-	-	+ 50 Euros

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (*) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

(*) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique est ramené à 1 an pour l'option 2.