Avenant N°10

à l'accord du 19 Mai 2006 instituant deux régimes de garanties collectives obligatoires « Incapacité-Invalidité-Décès » et « Remboursement de frais de santé » au profit des salariés de droit privé de La Poste régis par

la convention commune du 4 Novembre 1991 et à :

- l'avenant N° 1 du 16 Février 2007
- l'avenant N° 2 du 17 Septembre 2008
- l'avenant N° 3 du 16 Novembre 2009
 - l'avenant Nº 4 du 26 Avril 2010
- l'avenant N° 5 du 2 Décembre 2010
- l'avenant N° 6 du 20 Décembre 2011
 - l'avenant N° 7 du 27 Juin 2013
 - l'avenant N° 8 du 22 Juillet 2014
 - l'avenant N° 9 du 26 Juillet 2017

Entre la Direction Générale de La Poste, représentée par **Madame Valérie DECAUX**, Directrice générale adjointe et Directrice des ressources humaines du Groupe La Poste, d'une part,

et les organisations syndicales représentatives signataires du présent avenant :

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit.

PREAMBULE

En application de la réglementation en vigueur à compter du 1er janvier 2020, sur les garanties de protection sociale complémentaire prévues au CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » notamment :

- la réforme du « 100 % santé » issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ;
- le décret d'application n°2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et modifiant le cahier des charges des contrats responsables ;

Considérant l'engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé signé le 14 février 2019 par l'UNOCAM et les principales fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie, en vue d'harmoniser les libellés des principaux postes de garanties afin d'assurer une meilleure information des assurés ;

Considérant que l'ensemble de ces dispositions législatives et règlementaires conduisent à une mise à jour ;

Les parties conviennent :

de **rembourser intégralement** sur le régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire, en complément de l'assurance maladie obligatoire, les équipements optique (verres et monture), les frais de soins dentaires prothétiques et, à compter du 1^{er} janvier 2021 les appareils auditifs, relevant du « **100**% **santé** », à hauteur des prix limites de vente réglementaires.

Avenant N° 10 à l'accord « Prévoyance-Santé » du 19 Mai 2006

W

J.

y V

6 ADR

5८:

- de la nécessité de mettre en conformité sur des niveaux « responsables » les garanties du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire pour les deux collèges et la monture de l'équipement optique des adultes.
- Elles décident, concomitamment :
 - o d'ajuster l'expression des garanties pour les Inlay-core en dentaire et les aides auditives en acoustique, afin de conserver des montants de prestations de même niveau, suite à l'évolution des bases de remboursements de la Sécurité sociale sur ces postes.
 - o De supprimer la distinction des verres moyens, tout en améliorant leur remboursement en le portant sur le niveau des verres complexes.
 - o **De compenser** dans le régime de garanties SURCOMPLEMENTAIRES facultatives, la limitation appliquée à la monture des adultes dans le régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire.

L'ensemble de ces aménagements font l'objet du CHAPITRE 1 et du CHAPITRE 2 du présent avenant.

Les parties conviennent par ailleurs :

D'acter la réduction des taux de cotisations des garanties surcomplémentaires facultatives consentie par l'organisme assureur, à effet du 1er janvier 2019.

Cet aménagement fait l'objet du CHAPITRE 3 du présent avenant.

Et d'acter la fin de la clause de désignation de l'organisme assureur, à effet du 1^{er} janvier 2019.

Cet aménagement fait l'objet du CHAPITRE 4 du présent avenant.

Il a donc été décidé ce qui suit en application de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

CHAPITRE 1 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » SUITE A MISE EN CONFORMITE ET AJUSTEMENTS DE CERTAINES GARANTIES

L'annexe 2 « INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE» citée à l'article 6 « Les garanties » du CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » de l'accord collectif du 19 mai 2006, est remplacée par celle jointe au présent avenant, à effet du 1er janvier 2020.

2 ME 2 ME

CHAPITRE 2 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 10 « LE REGIME DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME "REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE" OBLIGATOIRE » SUITE A AJUSTEMENTS DE CERTAINES GARANTIES

L'annexe 3 « INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIVE » citée à l'article à l'article 9 « Les garanties des options sur-complémentaires » du CHAPITRE 10 « LE REGIME de garanties SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME "REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE" OBLIGATOIRE » de l'accord collectif du 19 mai 2006, est remplacée par celle jointe au présent avenant, à effet du **1er janvier 2020**.

CHAPITRE 3 : REVISION DES COTISATIONS SERVANT AU FINANCEMENT DES GARANTIES « SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME "REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE" OBLIGATOIRE »

Les taux de cotisations définis à l'article 7 « Les cotisations des options surcomplémentaires » du CHAPITRE 10 « LE REGIME de garanties SURCOMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME "REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE" OBLIGATOIRE » de l'accord collectif du 19 mai 2006, sont remplacés par les suivants, à effet du **1er janvier 2019 :**

Régime général - Mayotte et Régime Local Alsace Moselle

Employés

OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES

| | OPTION 1 | OPTION 2 | OPTION 3 |
|----------|----------|----------|----------|
| Salarié | 0,028% | 0,128% | 0,477% |
| Conjoint | 0,028% | 0,128% | 0,477% |
| Enfant* | 0,017% | 0,079% | 0,295% |

OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES

Cadres

| | OPTION 2 | OPTION 3 |
|----------|----------|----------|
| Salarié | 0,029% | 0,477% |
| Conjoint | 0,029% | 0,477% |
| Enfant* | 0,019% | 0,295% |

^{*} Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

CHAPITRE 4: ORGANISME ASSUREUR DES REGIMES

Le CHAPITRE 4 « ORGANISME ASSUREUR DES REGIMES » est remplacé par ce qui suit, à effet du $\mathbf{1}^{\text{er}}$ janvier $\mathbf{2019}$:

Les parties conviennent de donner mandat à M. Yves BRASSART, Directeur général adjoint et Directeur financier du Groupe La Poste, afin de conclure les contrats avec l'organisme assureur, en exécution du présent accord.

Les contrats conclus comporteront une obligation de maintien d'assurance frais de santé (régime obligatoire et éventuelle option sur-complémentaire facultative souscrite), pour les personnels sortant du régime collectif obligatoire frais de santé, dans les conditions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Avenant N° 10 à l'accord « Prévoyance-Santé » du 19 Mai 2006

RDR YE

L6 50

Conformément à l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service à cette date, continueront d'être revalorisées, selon le même mode que celui prévu par le contrat résilié et au minimum au niveau atteint à cette date. Les garanties décès seront également maintenues, au profit des personnes bénéficiant des prestations incapacité invalidité à la date d'effet de la résiliation du contrat

La revalorisation des bases de calcul des différentes prestations décès est maintenue, selon le même mode que celui prévu par le contrat résilié et au minimum au niveau atteint à cette date.

Ces engagements seront couverts par l'assureur des régimes au niveau atteint à la date de résiliation. Les nouvelles revalorisations à intervenir seront prises en charge par le nouvel assureur moyennant le transfert, le cas échéant, des provisions constituées à cet effet par l'ancien assureur.

ON JE WA 4 POR 5 C

SIGNATURES:

Fait à Paris, le 2019

Pour La Poste

La Directrice générale adjointe Directrice des ressources humaines du Groupe La Poste

Valérie DECAUX

Pour les organisations syndicales

Fédération Communication Conseil Culture

Fédération syndicaliste Force Ouvrière De la Communication Postes et Télécommunications (FO - COM)

Fédération UNSA - Postes

Fédération des syndicats PTT Solidaires Unitaires et Démocratiques (SUD)

Floring DEROUARS

Osons l'avenir Fédération CFTC Média + **CGC Groupe La Poste**

DA ROCHA Rulen

CGC

ANNEXE 2: INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE en plus de la Sécurité sociale (sauf mention contraire)

Aménagements suite à mise en conformité contrat responsable Aménagements suite à maintien des garanties

SALARIES EMPLOYES

SOINS COURANTS - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | ONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE |
|--|---|
| HONORAIRES MEDICAUX | PRESTATIONS |
| Consultations médicales et visites médicale du | |
| | |
| généraliste et du spécialiste : | |
| ■ Dans le parcours de soin : ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % 714 + 170 % 00 |
| The second secon | 100 % TM + 170 % BR |
| Wieder Hell ad lording of British | 100 % TM + 100 % BR |
| Hors parcours de soin : | 100 % TM |
| Actes techniques médicaux, actes d'imagerie | |
| Dans le parcours de soin : Médecin adhérant à un DRIAM | 100 W T. A . TO W DD |
| Wedecin daneram a on britain | 100 % TM + 70 % BR |
| The desiration desiration of the state of th | 100 % TM + 50 % BR |
| Hors parcours de soin : | 100 % TM |
| Honoraires des sages-femmes | 100 % TM |
| Participation forfaitaire pour les actes lourds | 100 % des frais réels |
| HONORAIRES PARAMEDICAUX Honoraires auxiliaires médicaux | |
| Honoraires auxiliaires medicaux | 100 % TM |
| (1 | 37,50 € par séance |
| Honoraires diététiciens diplômés d'état | dans la limite de 3 séances |
| | par année civile et par bénéficiaire |
| ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE | |
| Examens de laboratoire et prélèvements | 100 % TM |
| MEDICAMENTS | |
| Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par | 100 % TM |
| l'assurance maladie obligatoire | 8 1 |
| Pharmacie à 30 % | 100 % TM |
| Pharmacie à 15 % | Néant |
| Honoraires de dispensation | 100 % TM |
| Contraceptif oral prescrit non pris en charge par | 54,00 € par année civile et par bénéficiaire |
| l'assurance maladie obligatoire | |
| Substituts nicotiniques prescrits médicalement et | |
| pris en charge par l'assurance maladie | 2 fois 32,00 € par année civile et par bénéficiaire |
| obligatoire | |
| MATERIEL MEDICAL | |
| Prothèses mammaires (prothèses mammaires + | |
| soutien-gorge adapté) : | |
| ✓ prises en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 589,50 € |
| ✓ non prises en charge par l'assurance maladie | |
| obligatoire | 589,50 € |
| Prothèses capillaires : | |
| ✓ prises en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 197,50 € |
| ✓ non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire | 197,50 € |
| Orthopédie | 100 % TM + 50 % BR |
| Petits appareillages | 100 % TM + 50 % BR |
| Grands appareillages | 100 % TM + 35 % BR |
| | 100 /0 11/1 1 00 /0 DIX |

DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée: OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM: Ticket modérateur

CV 6 C6 FOR 50

BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

SOINS COURANTS - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | |
|---|--------------------------------------|--|
| AUTRES ACTES | | |
| Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs | 58,50 € par séance | |
| | dans la limite de 4 séances | |
| | par année civile et par bénéficiaire | |
| | toutes spécialités confondues | |
| Transport et déplacement | 100 % TM | |

AIDES AUDITIVES

| AIDES A | ODITIALS |
|---|---|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
| DU 1er JANVIER AU | 31 DECEMBRE 2020 |
| Acoustique : appareillage pris en charge par | 100 % TM + 180 % BR |
| l'assurance maladie obligatoire | 100 / 0 5 10 |
| Acoustique : fournitures, entretien et réparation | |
| pris en charge par l'assurance maladie | 100 % TM + 215 % BR |
| obligatoire | |
| A COMPTER DU | I er JANVIER 2021 |
| EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) – CLASSE I* Appareillage, fournitures, entretien et réparation | 100 % des frais réals sous déduction des |
| pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % des frais réels sous déduction des |
| 00.94.0.0 | prestations de l'assurance maladie obligatoire'' |
| EQUIPEMENT TARIF LIBRE - CLASSE II | prestations de l'assurance maladie obligatoire!'' |
| Appareillage pris en charge par l'assurance | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | STANDARD SPC KNISWA VEZA ZA PROSESTA |
| Appareillage pris en charge par l'assurance | |

CURE THERMALE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
|--|--------------------|
| Etablissement thermal | 100 % TM |
| Hébergement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 50 % BR |

TM: Ticket modérateur

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
|---|--|
| SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE(*) | |
| Soins et prothèses 100 % santé | 100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire (**) |
| SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE | |
| Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 50 % BR |
| Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 455,00 € par dent |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant) | 455,00 € par dent |

^(*) tel que défini réglementairement (**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par

^(***) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + contrat complémentaire frais de santé). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes (piles et

| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond) | 455,00 € par dent |
|---|--|
| DENTAIRE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE) | |
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
| Prothèses mobiles | 100 % TM + 170 % BR |
| Inlay core | 100 % TM + 240 % BR |
| Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | 45 € (*) par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire |
| ORTHODONTIE | |
| Orthodontie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 250 % BR |
| Orthodontie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % BR reconstituée |

(*) tel que définis réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des honoraires limites fixés par la réglementation

TM: Ticket modérateur - BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
|---|--|
| EQUIPEMENT\$ | Productive and the state of the |
| à compter de la date d'acquisition dudit équiper • en cas d'évolution du défaut visuel (sur présent de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée • le fortait lentilles (remboursement accordé ex compris les lentilles jetables. | ation d'une nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue ou annotée par l'opticien) ou pour un bénéficiaire âgé de |
| EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) – CLASSE A* | |
| Monture, verres, suppléments optiques | 100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire (**) |
| EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE B | |
| Verres, y compris les prestations de l'assurance | |
| maladie obligatoire: | |
| √ verre simple | 81,00 € par verre |
| √ verre complexe | 247,00 € par verre |
| √ verre hypercomplexe | 302,50 € par verre |
| Monture, y compris les prestations de l'assurance | |
| maladie obligatoire : | |
| ✓ Ayant droit de moins de 16 ans | 69,50 € |
| ✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus | 100.€ |
| Supplément optique pris en charge par | |
| l'assurance maladie obligatoire : | |
| ✓ Ayant droit de moins de 16 ans | 100 % TM + 60 % BR |
| ✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus | 100 % TM + 310 % BR |
| AUTRES ACTES | |
| Lentilles correctrices prises en charge par | 100 % TM + 310 % BR + 106,00 € |
| l'assurance maladie obligatoire | |
| Lentilles correctrices non prises en charge par | 106.00€ |
| l'assurance maladie obligatoire Prothèses oculaires | |
| | 100 % TM + 350 % BR |
| Chirurgie réfractive I tel que défini réalementairement | 533,50 € par œil |

(*) tel que défini réglementairement

(**) les trais réels sont les trais exposés par l'assuré, tacturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation

(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement
(2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16, ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.

Avenant N° 10 à l'accord « Prévoyance-Santé » du 19 Mai 2006

8 6 6

ROR

1-1

(3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

TM: Ticket modérateur - BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

HOSPITALISATION – ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

| THE THAT IS A TON - LIABLISSEMENTS CO | SAVERHIONNES ET NON CONVENTIONNES |
|--|-----------------------------------|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER | |
| Forfait journalier hospitalier | 100 % des frais réels |
| Forfait journalier hospitalier en service psychiatrie | 100 % des frais réels |
| HONORAIRE\$ | |
| Honoraires du praticien | |
| ❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % | |
| par l'assurance maladie obligatoire | |
| Dans le parcours de soin : | at: |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 170 % BR |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 100 % BR |
| Hors parcours de soin : | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 45 % BR |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 25 % BR |
| ❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % | |
| par l'assurance maladie obligatoire | |
| ■ Dans le parcours de soin : ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % 714 . 170 % 55 |
| | 100 % TM + 170 % BR |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM Hors parcours de soin : | 100 % TM + 100 % BR |
| → Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 45 % BR |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 45 % BR |
| Participation forfaitaire pour les actes lourds | 100 % 1M + 23 % BK |
| AUTRES ACTES | 100 % des trais reels |
| Frais de séjour(les frais personnels, téléphone, | |
| télévision, boissons etc. ne sont pas pris en | 100 % TM |
| charge): | · |
| Chambre particulière | 69,50 € par jour |
| Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et | 49,00 € par jour |
| enfant handicapé de moins de 20 ans) | 47,00 € pai joui |

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM : Ticket modérateur

BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

W L6 ROR SC VI

Aménagements suite à mise en conformité contrat responsable Aménagements suite à maintien des garanties

SALARIES CADRES

SOINS COURANTS - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| SOINS COURANTS - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE | | |
|--|--|--|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | |
| HONORAIRES MEDICAUX | A SECULAR DESIGNATION OF PARTY OF PARTY OF PARTY. | |
| Consultations médicales et visites médicale du | | |
| généraliste et du spécialiste : | | |
| Dans le parcours de soin : | 100 M T | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 170 % BR | |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 100 % BR | |
| Hors parcours de soin : | 100 % TM | |
| Actes techniques médicaux, actes d'imagerie | | |
| Dans le parcours de soin : | Too of The Hood on | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 70 % BR | |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 50 % BR | |
| Hors parcours de soin : | 100 % TM | |
| Honoraires des sages-femmes | 100 % TM | |
| Participation forfaitaire pour les actes lourds | 100 % des frais réels | |
| HONORAIRES PARAMEDICAUX | | |
| Honoraires auxiliaires médicaux | 100 % TM | |
| | 37,50 € par séance | |
| Honoraires diététiciens diplômés d'état | dans la limite de 3 séances | |
| | par année civile et par bénéficiaire | |
| ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE | SOME THE PARTY OF | |
| Examens de laboratoire et prélèvements | 100 % TM | |
| MEDICAMENTS | related to the second s | |
| Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par | 100 % TM | |
| l'assurance maladie obligatoire | <u></u> | |
| Pharmacie à 30 % | 100 % TM | |
| Pharmacie à 15 % | Néant | |
| Honoraires de dispensation | 100 % TM | |
| Contraceptif oral prescrit non pris en charge par | 54,00 € par année civile et par bénéficiaire | |
| l'assurance maladie obligatoire | 54,00 e pai drinee civile el pai belleticidile | |
| Substituts nicotiniques prescrits médicalement et | | |
| pris en charge par l'assurance maladie | 2 fois 32,00 € par année civile et par bénéficiaire | |
| obligatoire | | |
| MATERIEL MEDICAL | | |
| Prothèses mammaires (prothèses mammaires + | | |
| soutien-gorge adapté) : | | |
| ✓ prises en charge par l'assurance maladie | 100 % TM + 589,50 € | |
| | 100 /0 // 1111 - 007/00 C | |
| non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire | 589,50 € | |
| Prothèses capillaires : | | |
| ✓ prises en charge par l'assurance maladie | | |
| obligatoire | 100 % TM + 197,50 € | |
| ✓ non prises en charge par l'assurance maladie | 107.50.6 | |
| obligatoire | 197,50 € | |
| Orthopédie | 100 % TM + 50 % BR | |
| Petits appareillages | 100 % TM + 50 % BR | |
| Grands appareillages | 100 % TM + 35 % BR | |
| DDTAA Dispositife de montier de brifeire de principal de la CDTAAA / | 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 | |

DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée: OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM: Ticket modérateur

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

W 10 LG 5C.

SOINS COURANTS - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
|---|--|
| AUTRES ACTES | |
| Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs | 58,50 € par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues |
| Transport et déplacement | 100 % TM |

AIDES AUDITIVES

| AIDES A | IDIIIAE2 | | | |
|---|--|--|--|--|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | | |
| DU 1er JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020 | | | | |
| Acoustique : appareillage pris en charge par | 100 % TM + 265 % BR | | | |
| l'assurance maladie obligatoire | 100 /0 IM - 200 /0 BR | | | |
| Acoustique : fournitures, entretien et réparation | | | | |
| pris en charge par l'assurance maladie | 100 % TM + 315 % BR | | | |
| obligatoire | | | | |
| A COMPTER DU 1 | er JANVIER 2021 | | | |
| d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente. EQUIPEMENT 100 % SANTE() — CLASSE I* | | | | |
| Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire!" | | | |
| EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) - CLASSE II | | | | |
| Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 140 % BR (***) | | | |
| Fournitures, entretien et réparation pris en charge | 100 % 1/M + 140 % BK / / | | | |

(*) tel que défini réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(***) la prise en charge ne peut excéder le platond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + contrat complémentaire frais de santé). Ce platond n'inclut pas les prestations annexes (piles et accessoires).

CURE THERMALE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
|--|--------------------|
| Etablissement thermal | 100 % TM |
| Hébergement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 50 % BR |

TM : Ticket modérateur - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS |
|---|--|
| SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE(1) | |
| Soins et prothèses 100 % santé | 100 % des frais réels sous déduction des prestations de l'assurance maladie obligatoire ^(+*) |
| SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE(*) | |
| Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 50 % BR |
| Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | 455,00 € par dent |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant) | 493,00 € par dent |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond) | 455,00 € par dent |

W 11 1/5 por LG 50 1/1

| DENTAIRE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE) | | | |
|---|--|--|--|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | |
| Prothèses mobiles | 100 % TM + 220 % BR | | |
| Inlay core | 100 % TM + 310 % BR | | |
| Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | 45 € par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire | | |
| ORTHODONTIE | Contractive systems and the systems of the system of th | | |
| Orthodontie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % TM + 250 % BR | | |
| Orthodontie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | 100 % BR reconstituée | | |

(*) tel que définis réalementairement

*) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des honoraires limites fixés par la réglementation

TM : Ticket modérateur -BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS PRESTATIONS Limites: un renouvellement de lunettes toutes les deux années dites glissantes pour les adultes (1) décomptées à compter de la date d'acquisition dudit équipement (composé d'une monture et de 2 verres) en cas d'évolution du détaut visuel (sur présentation d'une nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue ou de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) annotée par l'opticien) ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée à une année. • le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables EQUIPEMENT 100 % SANTE(*) - CLASSE A 100 % des frais réels sous déduction Monture, verres, suppléments optiques des prestations de l'assurance maladie obligatoire(** EQUIPEMENT A TARIF LIBRE(*) - CLASSE B Verres, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire : ✓ verre simple 88,00 € par verre √ verre complexe 259,00 € par verre ✓ verre hypercomplexe 314,00 € par verre Monture, y compris les prestations de l'assurance maladie obligatoire: ✓ Ayant droit de moins de 16 ans 85.00 € ✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus 100,00€ Supplément optique pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : ✓ Ayant droit de moins de 16 ans 100 % TM + 60 % BR ✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus 100 % TM + 310 % BR AUTRES ACTES Lentilles correctrices prises en charge par 100 % TM + 310 % BR + 199.00 € l'assurance maladie obligatoire Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire 199.00€ Prothèses oculaires 100 % TM + 350 % BR Chirurgie réfractive 574,50 € par œil (*) tel que défini réglementairement

(**) les frais réels sont les frais exposés par l'assuré, facturés au maximum à hauteur des prix limites de vente fixés par la réglementation

- (1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement (2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans. (3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

TM: Ticket modérateur - BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Avenant N° 10 à l'accord « Prévoyance-Santé » du 19 Mai 2006

oire \$9

12 de port

LG 5< VI

HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

| THE STATION - ELABLISSEMENTS CONVENTIONNES EL NON CONVENTIONNES | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | |
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER | THE STATE OF THE PARTY OF THE PARTY. | | |
| Forfait journalier hospitalier | 100 % des frais réels | | |
| Forfait journalier hospitalier en service psychiatrie | 100 % des frais réels | | |
| HONORAIRES | | | |
| Honoraires du praticien | | | |
| Hospitalisation prise en charge à 80 % | | | |
| par l'assurance maladie obligatoire | | | |
| Dans le parcours de soin : | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 170 % BR | | |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 100 % BR | | |
| Hors parcours de soin : | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 45 % BR | | |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 25 % BR | | |
| ❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % | | | |
| par l'assurance maladie obligatoire | | | |
| Dans le parcours de soin : | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 170 % BR | | |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 100 % BR | | |
| Hors parcours de soin : | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 45 % BR | | |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 100 % TM + 25 % BR | | |
| Participation forfaitaire pour les actes lourds | 100 % des frais réels | | |
| AUTRES ACTES | | | |
| Frais de séjour(les frais personnels, téléphone, | | | |
| télévision, boissons etc. ne sont pas pris en | 100 % TM | | |
| charge): | | | |
| Chambre particulière | 75,50 € par jour | | |
| Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et | 49,00 € par jour | | |
| enfant handicapé de moins de 20 ans) | 47,00 C pai jooi | | |

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

TM: Ticket modérateur

BR: Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

13 ROR LG SE YD

ANNEXE 3 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIVE

Additionnelles à de celles du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire.

Aménagements suite à mise en conformité règles Sécurité sociale Aménagements suite à maintien des garanties

SALARIES EMPLOYES

SOINS COURANTS - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | |
|---|--------------|---|--------------|
| | OPTION 1 | OPTION 2 | OPTION 3 |
| HONORAIRES MEDICAUX | | EXECUTED AND | |
| Consultations médicales et visites médicale du | | | |
| généraliste et du spécialiste : | | | |
| Dans le parcours de soin : | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | Néant | Néant | 150 % BR |
| Médecin non adhérant à un DPTAM | 70 % BR | 70 % BR | 220 % BR |
| Hors parcours de soin : | Néant | Néant | Néant |
| Actes techniques médicaux, actes d'imagerie | | | |
| Dans le parcours de soin : | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM | Néant | Néant | Néant |
| ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM | 20 % BR | 20 % BR | 20 % BR |
| Hors parcours de soin : | Néant | Néant | Néant |
| MEDICAMENT\$ | | | |
| Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par | Néant | Néant | Néant |
| l'assurance maladie obligatoire | | | Neum |
| Pharmacie à 30 % | <u>Néant</u> | Néant | Néant |
| Pharmacie à 15 % | Néant | Néant | 100 % TM |
| V | | | 109,00 € par |
| Vaccins prescrits médicalement non pris en | Néant | Néant | année civile |
| charge par l'assurance maladie obligatoire | rtodiii | Neam | et par |
| A A A B A B A B A B A B A B A B A B A B | | | bénéficiaire |
| MATERIEL MEDICAL | e testa file | Zalla de la companya della companya de la companya de la companya della companya | SA TORREST |
| Orthopédie | Néant | Néant | 120 % BR |
| Petits appareillages | Néant | Néant | 120 % BR |
| Grands appareillages | Néant | Néant | 120 % BR |

AIDES AUDITIVES

| 7 (12 22 1) | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| NATURE DES FRAIS | OPTION 1 | PRESTATIONS OPTION 2 | OPTION 3 |
| DU 1er JANVIER AU | | | 0,110110 |
| Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 85 % BR | 255 % BR |
| Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 100 % BR | 295 % BR |
| A COMPTER DU | er JANVIER 2021 | | |
| Le remboursement au titre du présent poste s'eff d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans EQUIPEMENT TARIF LIBRE('') — CLASSE II | ectue dans la lim suivant la date d' | ite d'une seule pr acquisition de l'a | ise en charge ide précédent |
| Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 45 % BR | 150 % BR |
| Fournitures, entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 100 % BR | 295 % BR |

^{(*) 5 %} BR sont ajoutés en régime Alsace Moselle sur ce poste

W 14 45

60 C

LG SC Y

^(**) tel que défini réglementairement

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | |
|--|-------------|---------------------|---|
| SOINS ET PROTHESES A JARIES MAITRISE ET LIBRE | OPTION 1 | OPTION 2 | OPTION 3 |
| parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | Néant | 50 % BR |
| Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire Prothèses fives y compris en maladie de l'assurance prothèses fives y compris en maladie de l'assurance prothèses fives y compris en maladie de l'assurance par l'assurance prothèses fives y compris en maladie de l'assurance par l'assura | Néant | Néant | 142,00 € par dent |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant) | Néant | 38,50 € par dent | 142,00 € par dent |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire couronne sur implant (dents du fond) | Néant | Néant | 142,00 € par dent |
| Prothèses mobiles | Néant | 50 % BR | 175 % BR |
| Inlay core | Néant | 70 % BR | 240 % BR |
| Parodontologie non prise en charge par 'assurance maladie obligatoire | Néant | Néant | 27,50 € par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par |
| mplants dentaires non pris en charge l'assurance naladie obligatoire (hors couronne sur implant) | Néant | Néant | bénéficiaire 659,50 € par dent dans la limite de 3 implants par année civile et par bénéficiaire |
| orthodontie prise en charge par l'assurance raladie obligatoire del que définis réglementairement Bases de remboursement de l'assurance maladie obliga | Néant | Néant | 75 % BR |

OPTIQUE

| | The state of the s | OPTIQUE | | |
|--|--|--|---|---|
| NATURE DES | FRAIS | | PRESTATIONS | THE ELYMP |
| Limites : | | OPTION 1 | OPTION 2 | OPTION 3 |
| en de l'o de l'o moins le f | enouvellement de lunettes tou npter de la date d'acquisition c cas d'évolution du défaut visuel rdonnance initiale en cours de de 16 ans (3), cette limitation orfait lentilles (remboursement ris les lentilles jetables. | (sur présentation d'une validité (2) annotée p | enouvelle ordonnance par l <u>'opticien)</u> ou pour l | dultes (1) décompté de 2 verres) de l'ophtalmologue un bénéficiaire âgé : |
| Verres: | A TARIF LIBRE(*) – CLASSE B | A STATE OF THE PARTY OF THE PAR | Kontant spirate spirate | A STATE OF THE OWNER, WHEN THE PARTY OF THE |
| ✓ verre | simple complexe | Néant Néant | 7,00 € par verre | 33,00 € par verre |
| ✓ verre | nypercomplexe | Néant | 12,00 € par verre | 83,00 € par verre |
| Monture: | | | 1.700 c pai velle | 83,00 € par verre |
| ✓ Ayant✓ Assuré | droit de moins de 16 ans ou ayant droit de 16 ans et | Néant | 15,50 € | 69,00 € |
| pius | | 20,00 € | 40,00 € | 165,00 € |
| assurance m | ptique pris en charge par aladie obligatoire(**) : | | | |
| ✓ Ayant | droit de moins de 16 ans | Néant | Néant | Néant |
| pius | ou ayant droit de 16 ans et | Néant | Néant | Néant |
| UTRES ACTES | A CHARLES THE STATE OF THE STAT | | State | Neant |
| entilles correc | trices prises en charge maladie obligatoire | Néant | 93,00 € | 187,00 € |

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | | |
|---|-------------|-----------------|----------------|--|
| Lontilles | OPTION 1 | OPTION 2 | OPTION 3 | |
| Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 93,00 € | 220,50 € | |
| Chirurgie réfractive) tel que défini réglementairement | Néant | 41,00 € par œil | 316,00 € par œ | |

(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement (2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans. (3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

| NATURE DES FRAIS HONORAIRES | OPTION 1 | PRESTATIONS OPTION 2 | OPTION 3 | |
|--|------------------|-------------------------|---------------------|--|
| Honorgina de la | | | OFIION 3 | |
| Honoraires du praticien | | | | |
| Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire Dans le parcours de soin : Médecin adhérant à un DPTAM | | | | |
| Médecin non adhérant à un DPTAM Hors parcours de soin : | Néant 70 % BR | Néant 70 % BR | 75 % BR 145 % BR | |
| Médecin adhérant à un DPTAM Médecin non adhérant à un DPTAM Hospitalisation prise en charge à 100 % | Néant 20 % BR | Néant 20 % BR | Néant 20 % BR | |
| par l'assurance maladie obligatoire Dans le parcours de soin : | | | | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM Hors parcours de soin : | Néant 70 % BR | Néant 70 % BR | 75 % BR 145 % BR | |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM AUTRES ACTES | Néant 20 % BR | Néant 20 % BR | Néant 20 % BR | |
| Chambers is a 12 and 12 | | | de la la | |
| Chambre particulière : OTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (| Néant | 6,00 € par jour | 37,50 € par jour | |

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex: affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, limité, le cas échéant, à la part du ticket modérateur reconstitué non prise en charge au titre des garanties du contrat obligatoire, en raison de l'application des plafonds du cahier des

^{(*) 5 %} BR sont ajoutés en régime Alsace Moselle sur ce poste

Aménagements suite à mise en conformité règles Sécurité sociale Aménagements suite à maintien des garanties

SALARIES CADRES

| SOINS COURANTS - | SECTEURS | CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE |
|------------------|----------|----------------------------------|
| | | TOTAL CONTACTALIONAL |

| NATURE DES FRAIS | PRE | STATIONS |
|---|--|--|
| HONORAIRES MEDICAUX | OPTION 2 | OPTION 3 |
| Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste : Dans le parcours de soin : Médecin adhérant à un DPTAM Médecin non adhérant à un DPTAM Hors parcours de soin : Actes techniques médicaux, actes d'imagerie Dans le parcours de soin : Médecin adhérant à un DPTAM Médecin non adhérant à un DPTAM Médecin non adhérant à un DPTAM Hors parcours de soin : MEDICAMENTS | Néant 70 % BR Néant Néant 20 % BR Néant | 150 % BR 220 % BR Néant Néant 20 % BR Néant |
| Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire Pharmacie à 30 % | Néant | Néant |
| Pharmacie à 15 % | Néant | Néant |
| | Néant | 100 % TM |
| Vaccins prescrits médicalement non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 109,00 € par année civile et par |
| MATERIEL MEDICAL | The state of the s | bénéficiaire |
| Orthopédie | Néant | 120 % BR |
| Petits appareillages | Néant | 120 % BR |
| Grands appareillages | Néant | 120 % BR |

AIDES AUDITIVES

| | IDITIVES | |
|--|--------------------------------------|---|
| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | |
| | OPTION 2 | OPTION 3 |
| Acoustique : appareille | 31 DECEMBRE 2020 | 0,110113 |
| l'assurance maladie obligatoire | Néant | 170 % BR |
| Acoustique : fournitures, entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 195 % BR |
| A COMPTER DU 19 Le remboursement au titre du présent poste s'effe d'aide auditive par oreille et par période de 4 aps s | | |
| | | |
| EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) - CLASSE II | uivant la date d'acquisitio | seule prise en charge n de l'aide précédente |
| Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | vivant la date d'acquisitio Néant | seule prise en charge n de l'aide précédente 105 % BR |

^{(*) 5 %} BR sont ajoutés en régime Alsace Moselle sur ce poste

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) TM : Ticket modérateur

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

^(**) tel que défini réglementairement

DENTAIRE - SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | | |
|---|-------------|--|--|
| SOINS ET PROTHESES A JARIES MAITRISE ET HIRRED | OPTION 2 | OPTION 3 | |
| Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 50 % BR | |
| Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 142,00 € par dent | |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents de devant) | Néant | 104,00 € par dent | |
| Prothèses fixes y compris couronne provisoire et couronne sur implant (dents du fond) | Néant | 142,00 € par dent | |
| Prothèses mobiles | Néant | 125 % BR | |
| Inlay core | Néant | 170 % BR | |
| Parodontologie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 27,50 € par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire | |
| Implants dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire | Néant | 659,50 € par dent dans la limite de 3 implants par année civile et par bénéficiaire | |
| ORTHODONTIE Orthodontie prise en charge par l'assurance | | Signification (Figure 1) 1995 年 | |
| maladie obligatoire | Néant | 75 % BR | |

(*) tel que définis réglementairement - BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

| _ | | | | |
|--------|-----|--------|-----|---|
| \sim | OT. | \sim | 11 | F |
| | | 16.3 | T P | P |
| | | | | |

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | |
|---|--|--|
| EQUIPEMENTS | OPTION 2 | OPTION 3 |
| Limites : | TO EAST VALUE COLUMN | THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH |
| un renouvellement de lunettes toutes les deux c à compter de la date d'acquisition dudit équiperr en cas d'évolution du défaut visuel (sur présenta de l'ordonnance initiale en cours de validité (2) c moins de 16 ans (3), cette limitation est ramenée d le forfait lentilles (remboursement accordé exp compte les lentilles jetables. QUIPEMENT A TARIF LIBRE(*) — CLASSE B | tion d'une nouvelle ordon unnotée par l'opticien) o | nture et de 2 verres) Inance de l'ophtalmologue Il pour un bénéficiaire âgé i |
| /erres : | | |
| ✓ verre simple | Néant | 24.00.6 |
| √ verre complexe | Néant | 26,00 € par verre |
| ✓ verre hypercomplexe | Néant | 71,00 € par verre |
| Monture: | Nedili | 71,50 € par verre |
| ✓ Ayant droit de moins de 16 ans | Néant | 50.00 |
| ✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus | 40,00 € | 53,50 € |
| upplément optique pris en charge par assurance maladie obligatoire(**) : | 40,00 € | 165,00 € |
| ✓ Ayant droit de moins de 16 ans | Néant | Néant |
| ✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus | Néant | Néant |
| UTRES ACTES | | THE REAL PROPERTY. |
| entilles correctrices prises en charge par assurance maladie obligatoire | Néant | 94,00 € |
| entilles correctrices non prises en charge par assurance maladie obligatoire | Néant | 127,50 € |
| hirurgie réfractive | | 127,000 |

(*) 5 % BR sont ajovtés en régime Alsace Moselle sur ce poste

(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement

(2) La durée de validité d'une ordonnance par un ophtalmologue est d'un 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, de 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans et de 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.

(3) Le bénéficiaire doit avoir moins de 16 ans à la date de facturation de l'équipement

HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

| NATURE DES FRAIS | PRESTATIONS | |
|--|------------------|--------------------|
| HONORAIRES | OPTION 2 | OPTION 3 |
| Honoraires du praticien | | |
| Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire Dans le parcours de soin : | | |
| Médecin adhérant à un DPTAM Médecin non adhérant à un DPTAM Hors parcours de soin : | Néant 70 % BR | 75% BR 145 % BR |
| Médecin adhérant à un DPTAM Médecin non adhérant à un DPTAM Hospitalisation prise en charge à 100 % | Néant 20 % BR | Néant 20 % BR |
| par l'assurance maladie obligatoire ■ Dans le parcours de soin : ✓ Médecin adhérant à un DPTAM ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM ■ Hors parcours de soin : | Néant 70 % BR | 75% BR 145 % BR |
| ✓ Médecin adhérant à un DPTAM ✓ Médecin non adhérant à un DPTAM AUTRES ACTES | Néant 20 % BR | Néant 20 % BR |
| Chambre particulière | Néant | 31,50 € par jour |

DPTM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex: affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, limité, le cas échéant, à la part du ticket modérateur reconstitué non prise en charge au titre des garanties du contrat obligatoire, en raison de l'application des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

19 por