

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 N° 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 1^{er} 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

V
1
YD
Yg
B
LG
RJR
SC-

- 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 sur-complémentaires** facultatives consentie par l'organisme assureur, à effet du **1^{er} 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 **1^{er} janvier 2020**.

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

**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 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, 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%

Cadres

OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES

	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 **1^{er} janvier 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

CN
 3 *PPR* *YB* *KB*
L6 *3C*

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.

SIGNATURES :

Fait à Paris, le 20 novembre 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
(F3C – CFDT)

Christophe NIERADZIK



Fédération des syndicats PTT
Solidaires Unitaires et Démocratiques
(SUD)

Florian DEROUAB



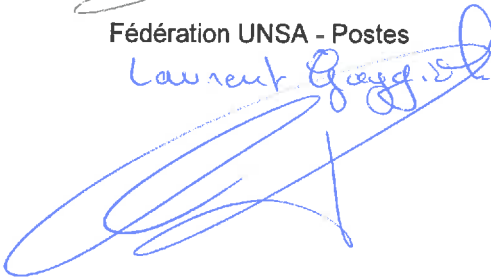
Fédération syndicaliste Force Ouvrière
De la Communication Postes et
Télécommunications (FO – COM)

Siron Christine



Fédération UNSA - Postes

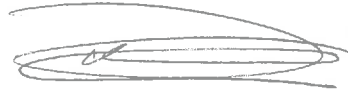
Laurent GAGG



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

DA ROCHA Rulon

CGC



ERIC JACQUINET CFTC



**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	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste :	
▪ Dans le parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 170 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
▪ Hors parcours de soin :	100 % TM
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie	
▪ Dans le parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR
✓ Médecin non adhérent 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
Honoraires diététiciens diplômés d'état	37,50 € par séance 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 l'assurance maladie obligatoire	100 % TM
Pharmacie à 30 %	100 % TM
Pharmacie à 15 %	Néant
Honoraires de dispensation	100 % TM
Contraceptif oral prescrit non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	54,00 € par année civile et par bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits médicalement et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	2 fois 32,00 € par année civile et par bénéficiaire
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

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

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

6 66
45
20R
30
KB
B
SC

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)

NATURE DES FRAIS AUTRES ACTES	PRESTATIONS
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

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
DU 1^{er} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020	
Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 180 % BR
Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 215 % BR
A COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2021	
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge 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 + 95 % BR (***)
Fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 215 % BR

(*) 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 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 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(*)	
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

cu 7

 L6 Ys B

 RDR VD

 SC

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
EQUIPEMENTS	
Limites :	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 défaut 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*	
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 l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 310 % BR + 106,00 €
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	106,00 €
Prothèses oculaires	100 % TM + 350 % BR
Chirurgie réfractive	533,50 € 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.

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

8 CG
 CU sc RDR
 RA

(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

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
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 adhérent à un DPTAM	100 % TM + 170 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
▪ Hors parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 45 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 25 % BR
❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire	
▪ Dans le parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 170 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
▪ Hors parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 45 % BR
✓ Médecin non adhérent 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 charge) :	100 % TM
Chambre particulière	69,50 € par jour
Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	49,00 € par jour

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.

av⁹ yr
L6
ED
RDR
SC VB

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

SALARIES CADRES

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste :	
▪ Dans le parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 170 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
▪ Hors parcours de soin :	100 % TM
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie	
▪ Dans le parcours de soin :	
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR
✓ Médecin non adhérent 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
Honoraires diététiciens diplômés d'état	37,50 € par séance 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 l'assurance maladie obligatoire	100 % TM
Pharmacie à 30 %	100 % TM
Pharmacie à 15 %	Néant
Honoraires de dispensation	100 % TM
Contraceptif oral prescrit non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	54,00 € par année civile et par bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits médicalement et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	2 fois 32,00 € par année civile et par bénéficiaire
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

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

Handwritten notes:
 10
 LG
 20R
 YB
 YD

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (SUITE)

NATURE DES FRAIS AUTRES ACTES	PRESTATIONS
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

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
DU 1er JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020	
Acoustique : appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 265 % BR
Acoustique : fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 315 % BR
A COMPTER DU 1er JANVIER 2021	
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge 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 par l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 315 % BR

(*) 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 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 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(*)	
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

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	
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
Limites :	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ 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 défaut 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	
Monture, verres, suppléments optiques	100 % des frais réels sous déduction 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 l'assurance maladie obligatoire	100 % TM + 310 % BR + 199,00 €
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

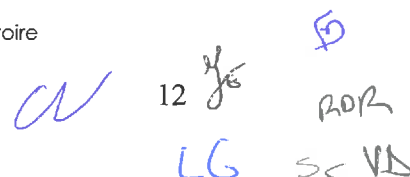
(1) Un ayant droit est considéré comme adulte s'il a 16 ans et plus à la date de facturation de l'équipement


(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



 12 

 LG

HOSPITALISATION – ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNES 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
HONORAIRES	
Honoraires du praticien	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % TM + 170 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 45 % BR 100 % TM + 25 % BR
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % TM + 170 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 45 % BR 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 charge) :	100 % TM
Chambre particulière	75,50 € par jour
Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	49,00 € par jour

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.

CV 4/5 E
13 RDR
LG Sc VS

**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			
Consultations médicales et visites médicale du généraliste et du spécialiste : ▪ Dans le parcours de soin : ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin :	Néant 70 % BR Néant	Néant 70 % BR Néant	150 % BR 220 % BR Néant
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie ▪ Dans le parcours de soin : ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin :	Néant 20 % BR Néant	Néant 20 % BR Néant	Néant 20 % BR Néant
MEDICAMENTS			
Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	Néant
Pharmacie à 30 %	Néant	Néant	Néant
Pharmacie à 15 %	Néant	Néant	100 % TM
Vaccins prescrits médicalement non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	109,00 € par année civile et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
Orthopédie	Néant	Néant	120 % BR
Petits appareillages	Néant	Néant	120 % BR
Grands appareillages	Néant	Néant	120 % BR

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
DU 1^{er} JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020			
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 1^{er} JANVIER 2021			
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente.			
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(**) – CLASSE II			
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

(**) tel que défini réglementairement

BR : Bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE(*)			
Soins dentaires (hors inlays/onlays) et parodontologie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	50 % BR
Inlays/onlays pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	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 l'assurance maladie obligatoire	Néant	Néant	27,50 € par acte dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire
Implants dentaires non pris en charge l'assurance maladie obligatoire (hors couronne sur implant)	Néant	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 maladie obligatoire	Néant	Néant	75 % BR

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

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Limites :			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 défaut 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. <p>Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.</p>			
EQUIPEMENT A TARIF LIBRE(*) – CLASSE B			
Verres :			
✓ verre simple	Néant	7,00 € par verre	33,00 € par verre
✓ verre complexe	Néant	12,00 € par verre	83,00 € par verre
✓ verre hypercomplexe	Néant	11,50 € par verre	83,00 € par verre
Monture :			
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	Néant	15,50 €	69,00 €
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	20,00 €	40,00 €	165,00 €
Supplément optique pris en charge par l'assurance maladie obligatoire(**) :			
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	Néant	Néant	Néant
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	Néant	Néant	Néant
AUTRES ACTES			
Lentilles correctrices prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	93,00 €	187,00 €

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

CV 15

LG *SC* *VA*

YB

PDR

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	93,00 €	220,50 €
Chirurgie réfractive	Néant	41,00 € par œil	316,00 € par œil

(*) tel que défini réglementairement

(*) 5 % BR sont ajoutés 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		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES			
Honoraires du praticien			
❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	75 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	70 % BR	70 % BR	145 % BR
▪ Hors parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	Néant
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	20 % BR	20 % BR	20 % BR
❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire			
▪ Dans le parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	75 % BR
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	70 % BR	70 % BR	145 % BR
▪ Hors parcours de soin :			
✓ Médecin adhérent à un DPTAM	Néant	Néant	Néant
✓ Médecin non adhérent à un DPTAM	20 % BR	20 % BR	20 % BR
AUTRES ACTES			
Chambre particulière :	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 charges des contrats responsables.

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

SALARIES CADRES

SOINS COURANTS – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

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

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS	
	OPTION 2	OPTION 3
DU 1er JANVIER AU 31 DECEMBRE 2020		
Acoustique : appareillage pris en charge par 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 1^{er} JANVIER 2021		
Le remboursement au titre du présent poste s'effectue dans la limite d'une seule prise en charge d'aide auditive par oreille et par période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide précédente.		
EQUIPEMENT TARIF LIBRE(*) – CLASSE II		
Appareillage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	105 % BR
Fournitures , entretien et réparation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	195 % BR

(*) 5 % BR sont ajoutés en régime Alsace Moselle sur ce poste
 (**) tel que défini réglementairement

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

CN
 17 *Mc* *ED*
ROR
LG *Sc*
VH

DENTAIRE – SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS	
	OPTION 2	OPTION 3
SOINS ET PROTHESES A TARIFS MAITRISE ET LIBRE(*)		
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 maladie obligatoire	Néant	75 % BR

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

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS	
	OPTION 2	OPTION 3
EQUIPEMENTS		
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 défaut 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 A TARIF LIBRE(*) – CLASSE B		
Verres :		
✓ verre simple	Néant	26,00 € par verre
✓ verre complexe	Néant	71,00 € par verre
✓ verre hypercomplexe	Néant	71,50 € par verre
Monture :		
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	Néant	53,50 €
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	40,00 €	165,00 €
Supplément optique pris en charge par l'assurance maladie obligatoire(**) :		
✓ Ayant droit de moins de 16 ans	Néant	Néant
✓ Assuré ou ayant droit de 16 ans et plus	Néant	Néant
AUTRES ACTES		
Lentilles correctrices prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	94,00 €
Lentilles correctrices non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	Néant	127,50 €
Chirurgie réfractive	Néant	275,00 € par œil

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

(**) 5 % BR sont ajoutés 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

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

CN
 18 M
 F
 PDR
 L6
 SC
 VB

HOSPITALISATION – ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET NON CONVENTIONNES

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS	
	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES		
Honoraires du praticien		
❖ Hospitalisation prise en charge à 80 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	Néant 70 % BR	75% BR 145 % BR
❖ Hospitalisation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM ▪ Hors parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin adhérent à un DPTAM ✓ Médecin non adhérent à un DPTAM 	Néant 70 % BR	75% BR 145 % BR
AUTRES ACTES		
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.

CV B
19 JE RDR
L6 SC
VA