

Brochure n° 3381

Convention collective nationale
IDCC : 2941. – AIDE, ACCOMPAGNEMENT, SOINS
ET SERVICES À DOMICILE
(BAD)

AVENANT N° 40-2019 DU 9 JUILLET 2019
RELATIF AU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : *ASET1951312M*
IDCC : *2941*

Entre :
FNAAFP CSF ;
ADESSA ;
UNADMR ;
UNA,

D'une part, et
FSS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile a mis en place en 2012 un régime de complémentaire santé obligatoire.

Ce régime s'applique à tous les salariés employés par des associations rattachées à la branche.

Ce principe de dimension collective, et donc solidaire, permet de mutualiser les risques pour diminuer le coût de l'assurance. Chaque salarié et chaque employeur paient une cotisation non liée à l'état de santé du salarié ou à sa consommation de soins. Cela permet de répartir la charge sur l'ensemble des salariés et de parvenir à un coût plus faible que celui que le salarié aurait dû assumer en prenant une assurance individuelle.

Les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en vue d'adapter le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé, afin de prendre en compte la nouvelle réglementation sur le 100 % santé.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui modifie les articles 23.1, 23.2, 23.3 et 28.1 du titre VII de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Les deux premiers articles de cet avenant modifient les dispositions actuelles relatives au régime frais de santé de la branche :

- le premier porte sur la modification du tableau de garanties avec la mise en conformité du 100 % santé (reste à charge zéro) afin de respecter les dispositions du cahier des charges du contrat responsable défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- le second présente les cotisations en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) à compter du 1^{er} janvier 2018 et le montant de la participation de l'employeur sur le régime de base prime obligatoire du salarié.

Ce texte a vocation à préserver le régime frais de santé solidaire de la branche afin d'assurer à tous ses salariés une protection sociale identique et de qualité.

Article 1^{er}

Le présent article modifie les articles 23.1, 23.2 et 23.3 du titre VII de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile comme suit :

(Voir tableau page suivante.)

« Article 23.1
Régime BASE PRIME »

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *	Précisions
	BASE PRIME	
HOSPITALISATION		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	150 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour)		Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention
- Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	1,5 % PMSS / jour	Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
- Maternité	2 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes		
	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
	100 % BR	
Actes d'imagerie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments		
	100% BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage	100 % BR	
Transport		
	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé (2)		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé		
Panier à honoraires maîtrisés (2)		
- Inlay, onlay	100 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	125 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	
Panier à honoraires libres (2)		
- Inlay, onlay	100 % BR	
- Inlay-Core	125 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Néant	
OPTIQUE		
<p>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).</p> <p>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans de moins de 16 ans.</p> <p>1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)</p>		
Equipements 100% santé (4) - verres et/ou monture		
Classe A		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	

Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	70 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	50 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (5)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (5)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	100% BR	
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV*	
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV*	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR dans la limite des PLV*	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + Forfait annuel de 2 % PMSS	
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives prise en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Soins jusqu'au 31.12.2020. Renouvellement anticipé possible (7)		
- Prothèses auditives	100% BR + 5% PMSS par année civile	
Soins à compter du 01.01.2021		
Equipement 100% santé (8) Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV (8)	Y compris les personnes de 20 ans inclus
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipement hors 100% santé (9) Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 170€ par an et par bénéficiaire	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 170€ par an et par bénéficiaire	Y compris les personnes de 20 ans inclus
Accessoires, entretien, piles, réparations (10)	100% BR	
PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention (11)	OUI	Liste des actes disponibles auprès de la mutuelle
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	Néant	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	Limité à 5 séances par an par bénéficiaire
MATERNITE		
- Allocation naissance	5 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
FONDS SOCIAL		
<p>Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhèrent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.</p> <p>Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...</p> <p>Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.</p> <p>Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.</p>		

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME	
			Montant en € par verre	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	48 €	38 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	90 €	81 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	52 €	43 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	52 €	43 €
		SPH > 0 et S > + 6	86 €	76 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	86 €	76 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	86 €		
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	114 €	105 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	124 €	114 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	124 €	114 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	124 €	114 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	133 €	124 €
		SPH > 0 et S > + 8	133 €	124 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	133 €	124 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale" / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)
 * DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux"

(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel."

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;

- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome / hypertension intraoculaire isolée / DMLA et atteintes maculaires évolutives / étiopathie diabétique / opération de la cataracte datant de moins de 1 an / cataracte évolutive à composante réfractive / tumeurs oculaires et palpébrales / antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois / antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an / greffe de cornée datant de moins de 1 an / kératocône évolutif / kératopathies évolutives / dystrophie cornéenne / amblyopie / diplopie récente ou évolutive /

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète / maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) / hypertension artérielle mal contrôlée / sida / affections neurologiques à composante oculaire / cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique

- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes / antipaludéens de synthèse ;

- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé."

(7) un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;*
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.*

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge, et intervient notamment après prescription médicale.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation. (1700 € AMO incluse au 01.01.2021),

(10) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018."

(11) Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08 juin 2006.

« Article 23.2
Régime CONFORT »

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *	Précisions
	CONFORT	
HOSPITALISATION		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	250 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour)		Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention
- Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	2,5 % PMSS / jour	Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
- Maternité	3 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage	100 % BR	
Transport	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé (2)		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé		
Panier à honoraires maîtrisés (2)		
- Inlay, onlay		Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	130 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	365 % BR	
Panier à honoraires libres (2)		
- Inlay, onlay		
- Inlay-core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	130 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	365 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	300 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Forfait de 300€ par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).		
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans de moins de 16 ans.		
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)		
Equipements 100% santé (4) - verres et/ou monture Classe A		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	

Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (5)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (5)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	100% BR	
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV*	
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV*	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antipostopis/verres iséiconiques)	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)		
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + Forfait annuel de 3 % PMSS	
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	300 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives prise en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.		
Soins jusqu'au 31.12.2020. Renouvellement anticipé possible (7)		
- Prothèses auditives	100% BR + 15% PMSS par année civile	
Soins à compter du 01.01.2021		
Equipement 100% santé (8) Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV (8)	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		Y compris les personnes de 20 ans inclus
Equipement hors 100% santé (9) Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 500€ par an et par bénéficiaire	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 300€ par an et par bénéficiaire	Y compris les personnes de 20 ans inclus
Accessoires, entretien, piles, réparations (10)	100% BR	

PREVENTION - BIEN-ETRE		
- Actes de prévention (11)	OUI	Liste des actes disponibles auprès de la mutuelle
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	Limité à 5 séances par an par bénéficiaire
MATERNITE		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT	
			Montant en € par verre	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	68 €	54 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	128 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	74 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	74 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	122 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	122 €	108 €
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	135 €	122 €		
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	162 €	149 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	176 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	176 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	176 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	189 €	176 €
		SPH > 0 et S > + 8	189 €	176 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	189 €	176 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale" / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux"

(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel."

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;

- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome / hypertension intraoculaire isolée / DMLA et atteintes maculaires évolutives / étiopathie diabétique / opération de la cataracte datant de moins de 1 an / cataracte évolutive à composante réfractive / tumeurs oculaires et palpébrales / antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois / antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an / greffe de cornée datant de moins de 1 an / kératocône évolutif / kératopathies évolutives / dystrophie cornéenne / amblyopie / diplopie récente ou évolutive /

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète / maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) / hypertension artérielle mal contrôlée / sida / affections neurologiques à composante oculaire / cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique

- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes / antipaludéens de synthèse ;

- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé."

(7) un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;*
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.*

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge, et intervient notamment après prescription médicale.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation. (1700 € AMO incluse au 01.01.2021),

(10) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018."

(11) Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08 juin 2006.

« Article 23.3
Régime CONFORT PLUS »

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *	Précisions
	CONFORT	
HOSPITALISATION		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours		
- Frais de séjour	250 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour)		Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention
- Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	2,5 % PMSS / jour	Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par évènement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
- Maternité	3 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité
- Frais d'accompagnement (par jour)	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
- Médecins signataires DPTM*	175 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	155 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Actes d'imagerie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	
Matériel médical		
- Orthopédie, accessoires, appareillage	100 % BR	
Transport	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé (2)		
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé		
Panier à honoraires maîtrisés (2)		
- Inlay, onlay		Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	130 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	365 % BR	
Panier à honoraires libres (2)		
- Inlay, onlay		
- Inlay-core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	130 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	365 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	300 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Forfait de 300€ par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale).		
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans de moins de 16 ans.		
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas. (Art R. 871-2 du Code de la sécurité sociale)		
Equipements 100% santé (4) - verres et/ou monture Classe A		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite du PLV*	
- Verres adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Verres enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) (5)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
- Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV*	

Equipements hors 100% santé - verres et/ou monture Classe B - Tarifs libres (6)		
- Monture adulte (16 ans et plus) (5)	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) (5)	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) (5)	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (5)		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	100% BR	
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV*	
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour les verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV*	
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiprosopie/verres iséiconiques)	100% BR	
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)		
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR + Forfait annuel de 3 % PMSS	
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	300 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives prise en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Soins jusqu'au 31.12.2020. Renouvellement anticipé possible (7)		
- Prothèses auditives	100% BR + 15% PMSS par année civile	
Soins à compter du 01.01.2021		
Equipement 100% santé (8) Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV (8)	Y compris les personnes de 20 ans inclus
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipement hors 100% santé (9) Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 500€ par an et par bénéficiaire	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 300€ par an et par bénéficiaire	Y compris les personnes de 20 ans inclus
Accessoires, entretien, piles, réparations (10)	100% BR	

- Actes de prévention (11)	OUI	Liste des actes disponibles auprès de la mutuelle
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO* :		
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	Limité à 5 séances par an par bénéficiaire
MATERNITE		
- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	CONFORT	
			Montant en € par verre	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	68 €	54 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	128 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	74 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	74 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	122 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	122 €	108 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	162 €	149 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	176 €	162 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	176 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	176 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	189 €	176 €
		SPH > 0 et S > + 8	189 €	176 €
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	189 €	176 €	

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale" / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

* DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux"

(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel."

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome / hypertension intraoculaire isolée / DMLA et atteintes maculaires évolutives / étiopathie diabétique / opération de la cataracte datant de moins de 1 an / cataracte évolutive à composante réfractive / tumeurs oculaires et palpébrales / antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois / antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an / greffe de cornée datant de moins de 1 an / kératocône évolutif / kératopathies évolutives / dystrophie cornéenne / amblyopie / diplopie récente ou évolutive /
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète / maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) / hypertension artérielle mal contrôlée / sida / affections neurologiques à composante oculaire / cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes / antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé."

(7) un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge, et intervient notamment après prescription médicale.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation. (1700 € AMO incluse au 01.01.2021),

(10) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018."

(11) Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08 juin 2006.

Article 2

Le présent article modifie l'article 28.1 du titre VII de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile comme suit :

« Article 28.1

Montant de la cotisation

La cotisation « frais de santé » du régime base prime au profit du salarié seul est égale à :

- 1,301 % du PMSS ⁽¹⁾ TTC (taxe spéciale sur les conventions d'assurances – TSCA – au taux de 13,27 % pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 0,844 % du PMSS ⁽¹⁾ TTC (taxe spéciale sur les conventions d'assurances – TSCA à 13,27 %) pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

Les montants de cotisation évolueront chaque 1^{er} janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

La charge de cotisation est répartie comme suit :

- 58 % pour l'employeur ;
- 42 % pour le salarié.

La cotisation est révisable par avenant à la convention collective.

La révision peut intervenir en cas de déséquilibre constaté ou en cas de désengagement des régimes obligatoires d'assurance maladie ou de modifications d'ordre conventionnel, législatif ou réglementaire de nature à dégrader les résultats du régime. »

Article 3

Date d'entrée en vigueur. - Agrément

L'avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2020 pour les articles 1^{er} et le 1^{er} janvier 2018 pour l'article 2 sous réserve de son agrément conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 4

Extension

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Par nature, l'avenant s'applique à l'ensemble des structures de la branche, quelle que soit leur taille, y compris celles employant moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 9 juillet 2019.

(Suivent les signatures.)

(1) Pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

ANNEXE
COTISATIONS TTC AU 1^{ER} JANVIER 2020

COTISATIONS 2020 – PMSS			
	Régime général		
Actif	Base prime obligatoire	Confort facultatif	Confort plus facultatif
Salarié	1,301 %	+ 0,435 %	+ 0,702 %
Conjoint	1,527 %	+ 0,468 %	+ 0,802 %
Enfant à charge	0,767 %	+ 0,196 %	+ 0,293 %

COTISATIONS 2020 – PMSS			
	Régime local Alsace-Moselle		
Actif	Base prime obligatoire	Confort facultatif	Confort plus facultatif
Salarié	0,844 %	+ 0,435 %	+ 0,702 %
Conjoint	0,992 %	+ 0,468 %	+ 0,802 %
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e)	0,499 %	+ 0,196 %	+ 0,293 %