

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DE LA BRANCHE
**DE L'AIDE, DES SOINS,
DE L'ACCOMPAGNEMENT
ET DES SERVICES
À DOMICILE**





LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DES SOINS, DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SERVICES A DOMICILE

Par l'accord du 21 mai 2010, **vos partenaires sociaux ont instauré un régime frais de santé solidaire et responsable pour l'ensemble des salariés de votre branche professionnelle.**

Compte tenu de la réforme **du 100 % santé (reste à charge zéro)**, les entreprises de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile **devront, à compter du 1er Janvier 2020**, proposer à leurs salariés un contrat qui **respectent ces nouvelles dispositions.**

L'ENSEMBLE DES SALARIÉS SERA PROTÉGÉ :

- quel que soit leur état de santé,
- dans le strict respect des dispositions de la convention et de la réglementation

Pour assurer et gérer ce régime, vos partenaires sociaux ont fait le choix, entre autres, de l'offre AÉSIO.

LE GROUPE AÉSIO C'EST :



un engagement de proximité grâce à sa capacité de déploiement dans la France entière,



une expertise santé reconnue avec des services réactifs et performants,



une solidité financière au service de la solidarité : des fonds sociaux, des actions de prévention et de nombreux partenariats.

Vous disposez ainsi d'une offre globale et des services d'un pôle majeur de la protection sociale complémentaire.

LES GARANTIES CONVENTIONNELLES (DOCUMENT NON CONTRACTUEL)

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL ⁽¹⁾ (AMO + AMC)*		
	BASE PRIME	CONFORT	CONFORT PLUS
HOSPITALISATION			
Honoraires, actes et soins			
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR*	175 % BR	200 % BR
- Médecins non-signataires DPTM	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Séjours			
- Frais de séjour	150 % BR	250 % BR	350 % BR
- Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière (par jour)			
- Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	1,5 % PMSS* / jour	2,5 % PMSS / jour	3,5 % PMSS / jour
- Maternité	2 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	4 % PMSS / jour
- Frais d'accompagnement	Néant	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
- Consultations et visites - médecins généralistes			
· Médecins signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
· Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites - médecins spécialistes			
· Médecins signataires DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
· Médecins non-signataires DPTM	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie			
- Médecins signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
- Médecins signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médecins non-signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie hors médicaments	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation du patient	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % santé⁽²⁾			
- Inlay Core			
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*		
Prothèses hors 100 % santé			
Panier à honoraires maîtrisés⁽²⁾			
· Inlays, onlays	100 % BR	135 % BR	165 % BR
· Inlay-Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR
· Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415 % BR
· Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR
Panier à honoraires libre⁽²⁾			
· Inlays, onlays	100 % BR	135 % BR	165 % BR
· Inlay-Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR
· Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415 % BR
· Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR
Soins			
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres actes remboursés par l'AMO			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	300 % BR	325 % BR
Actes non remboursés par l'AMO			
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Néant	300 € par an et par bénéficiaire	600 € 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 de plus de 6 ans et 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)			
Équipements 100 % santé (verres et/ou monture) Classe A⁽⁴⁾			
- Monture adulte (16 ans et plus)			
- Monture enfant (de moins de 16 ans)			
- Verre adulte (16 ans et plus) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾			
- Verre enfant (de moins de 16 ans) (Tous types de correction) ⁽⁵⁾			
- Prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
- 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 du PLV*			
Équipements hors 100 % santé⁽⁶⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres			
- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾	70 € y compris TM	100 € y compris TM	100 € y compris TM
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	50 € y compris TM	75 € y compris TM	75 € y compris TM
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁵⁾			
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁵⁾	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B			
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour les verres de classe A et B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles			
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 2 % PMSS par an	100 % BR + 3 % PMSS par an	100 % BR + 4 % PMSS par an
- Lentilles non remboursées par l'AMO (y compris lentilles jetables)	2 % PMSS par an	3 % PMSS par an	4 % PMSS par an
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO			
	200 € par an et par œil	300 € par an et par œil	400 € par an et par œil

AIDES AUDITIVES

Jusqu'au 31.12.2020 :

- Aides auditives	100 % BR + 5 % PMSS par année civile	100 % BR + 15 % PMSS par année civile	100 % BR + 25 % PMSS par année civile
- Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

À compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.

Équipements 100 % santé (8) Classe I - Soumis à des prix limites de vente

- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV		
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)			

Équipements hors 100 % santé (8) Classe II - Tarifs libres

- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 170 €	100 % BR + 500 €	100 % BR + 850 €
- Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR + 170 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5 % du PMSS	2,5 % du PMSS	3,5 % du PMSS
- Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	Néant	20 € par séance (limité à 5 séances)

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO :

- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait hébergement et transport	Néant	10 % PMSS	10 % PMSS

MATERNITÉ

- Allocation naissance	5 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS
------------------------	----------	-----------	-----------

SERVICES

MÉDECIN DIRECT Consultation médicale à distance avec un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24H/24 - 7J/7 (proposition d'un diagnostic médical, délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas)	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE	OUI	OUI	OUI

FONDS SOCIAL

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 adhérent, 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. 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...

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. 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.

GRILLE OPTIQUE

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	AVEC/SANS CYLINDRE	SPH = SPHÈRE CYL = CYLINDRE (+) S = SPH + CYL	MONTANT EN € PAR VERRE DE CLASSE B					
			Adulte et enfant de 16 ans et +			Enfant - 16 ans		
			BASE PRIME	CONFORT	CONFORT +	BASE PRIME	CONFORT	CONFORT +
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (10)	48 €	68 €	83 €	38 €	54 €	67 €
		SPH < - 6 ou > + 6	90 €	128 €	158 €	81 €	115 €	141 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	52 €	74 €	92 €	43 €	61 €	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	52 €	74 €	92 €	43 €	61 €	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	86 €	122 €	150 €	76 €	108 €	133 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	86 €	122 €	150 €	76 €	108 €	133 €
PROGRESSIFS et MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	114 €	162 €	200 €	105 €	149 €	183 €
		SPH < - 4 ou > + 4	124 €	176 €	216 €	114 €	162 €	200 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	124 €	176 €	216 €	114 €	162 €	200 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	124 €	176 €	216 €	114 €	162 €	200 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	133 €	189 €	233 €	124 €	176 €	216 €
		SPH > 0 et S > + 8	133 €	189 €	233 €	124 €	176 €	216 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	133 €	189 €	233 €	124 €	176 €	216 €

COTISATIONS MENSUELLES TTC AU 1^{ER} JANVIER 2020

Actif	Régime général			Actif	Régime local Alsace Moselle		
	Base prime obligatoire	Confort facultatif	Confort plus facultatif		Base prime obligatoire	Confort facultatif	Confort plus facultatif
Salarié	1,301 % PMSS	0,435 % PMSS	0,702 % PMSS	Salarié	0,844 % PMSS	0,435 % PMSS	0,702 % PMSS
Conjoint	1,527 % PMSS	0,468 % PMSS	0,802 % PMSS	Conjoint	0,992 % PMSS	0,468 % PMSS	0,802 % PMSS
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e)	0,767 % PMSS	0,196 % PMSS	0,293 % PMSS	Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e)	0,499 % PMSS	0,196 % PMSS	0,293 % PMSS

À titre indicatif le montant du PMSS est de 3 428 € au 1^{er} janvier 2020.

* **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 maîtrisée. / * **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 engagés par le bénéficiaire dûment justifiés. (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. (4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente. (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 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, 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 est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 précédemment s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. (6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente. (7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018. (8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement. (9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. (10) Le verre neutre est compris dans cette classe.

LES ATOUTS DE NOTRE OFFRE MUTUALISTE

Notre offre vous permet de remplir vos obligations conventionnelles, tout en offrant de nombreux avantages.

L'ASSISTANCE

L'assistance IMA permet d'accompagner nos adhérents dans chaque moment clé de leur vie. Elle intervient dans les situations suivantes :

- **Assistance** : hospitalisation ou immobilisation à domicile prévue ou imprévue pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie, maternité, handicap, accompagnement au quotidien.
- **Assistance déplacement** : accident ou maladie lors d'un déplacement, transfert médical, Présence d'un proche au chevet.

LA CONSULTATION À DISTANCE

Le service de consultation médicale à distance Médecin Direct, est accessible 24h/24 et 7j/7. En quelques étapes simples, l'adhérent peut se connecter à la plateforme sécurisée via internet ou par l'application mobile et solliciter une consultation médicale auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste inscrit au CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Ce service se positionne en véritable soutien à la médecine de terrain traditionnelle.

LA PRÉVENTION

Grâce à son pôle composé d'une quarantaine de professionnels et d'un réseau partenaires de spécialistes, AÉSIO propose des actions partout en France : information, dépistage, sensibilisation... Tous nos adhérents peuvent accéder à notre programme de prévention en santé publique, disponible dans nos agences de proximité.

LE RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Kalixia est le 1^{er} réseau de soins en France avec près de 5 200 centres optiques, plus de 3 500 centres audio partenaires et près de 450 ostéopathes. Kalixia s'engage à respecter une charte de qualité relative à leurs pratiques professionnelles, avec des tarifs maîtrisés pour l'adhérent. Nos adhérents peuvent géolocaliser un partenaire Kalixia via leur espace en ligne et également prendre rendez-vous.

LE RÉSEAU DE SOINS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

En tant qu'adhérent à la Mutualité Française, nos adhérents bénéficient d'une offre de services de soins et d'accompagnement mutualistes de qualité négociée au meilleur prix et répartie sur l'ensemble du territoire. Ce réseau mutualiste apporte une action de régulation des coûts de santé à travers plus de 2 500 établissements : établissements et services d'hospitalisation, centre de soins médicaux et infirmiers, pharmacies, structures d'initiatives sociales (logement des jeunes, insertion), établissements et services pour les personnes âgées, en situation de handicap ou encore pour la petite enfance.

L'ACTION SOCIALE

Le fonds d'action sociale permet d'allouer des aides ponctuelles pour permettre aux adhérents d'accéder aux soins lorsque ceux-ci fragilisent leur situation financière. Son intervention s'appuie notamment sur les principes d'égalité de traitement, de confidentialité et de prise en charge personnalisée.



AÉSIO, GROUPE MUTUALISTE D'ASSURANCES DE PERSONNES

Adréa, Apréva et Eovi Mcd s'unissent autour d'une même volonté : celle de créer une mutuelle « nouvelle génération » dont la raison d'être est d'accompagner les personnes tout au long de leur vie, pour leur permettre de vivre mieux et en meilleure santé, plus longtemps.



**RETROUVEZ TOUTES
NOS COORDONNÉES
SUR NOTRE SITE INTERNET**

aesio.fr

Groupe AÉSIO, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Livre I du code de la mutualité - Immatriculée sous le n°821 965 241 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS - Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n°1 6006968. Informations disponibles sur www.orias.fr. Crédit photo : AdobeStock. Document non contractuel à caractère promotionnel. 20-019-3

 **GROUPE
AÉSIO**
DÉCIDONS ENSEMBLE DE VIVRE MIEUX

 **MUTUALITÉ
FRANÇAISE** **aesio.fr**

ADREA
mutuelle

apréva

EoviMcd
mutuelle