

REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE	BASE CONVENTIONNELLE R1	R1 + OPTION R2	R1 + OPTION R3
PRESTATIONS	PRESTATIONS SOUS DEDUCTION DE CELLES VERSEES PAR L'AMO* DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS, EN DEHORS DES FORFAITS EXPRIMES EN €		
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Honoraires, actes et soins</b>			
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR*	190 % BR	200 % BR
- Médecins non signataires DPTM	120 % BR	150 % BR	180 % BR
<b>Séjours</b>			
- Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
- Forfait journalier hospitalier	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur
- Chambre particulière (limitée à 30 jours par année civile)	Néant	30 € / jour	40 € / jour
- Lit accompagnant (pour un enfant hospitalisé de moins de 12 ans)	Néant	30 € / jour	40 € / jour
<b>Participation du patient</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes</b>			
- Médecins signataires DPTM	120 % BR	130 % BR	130 % BR
- Médecins non signataires DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes</b>			
- Médecins signataires DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
- Médecins non signataires DPTM	120 % BR	130 % BR	180 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'électroradiographie, d'ostéodensitométrie</b>			
- Médecins signataires DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
- Médecins non signataires DPTM	120 % BR	130 % BR	180 % BR
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>			
- Médecins signataires DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
- Médecins non signataires DPTM	120 % BR	130 % BR	180 % BR
<b>Médicaments</b>			
- 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
<b>Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques)</b>	130 % BR	160 % BR	220 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Transport remboursé par l'AMO</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Ostéopathie</b>	25 € par séance, dans la limite de 1 séance par an	25 € par séance, dans la limite de 2 séances par an	25 € par séance, dans la limite de 3 séances par an
<b>Participation du patient</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	160 % BR	200 % BR	270 % BR
<b>Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement)</b> Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé			
- Panier 100 % santé	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF
<b>Soins et prothèses panier à honoraires maîtrisés (tels que définis réglementairement)</b>			
- Inlays et Onlays	160 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF
- Soins et prothèses dentaires pris en charge par l'AMO	175 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	270 % BR dans la limite des HLF
<b>Prothèses panier à honoraires libres (tels que définis réglementairement)</b>			
- Inlays et Onlays	160 % BR	200 % BR	200 % BR
- Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO	175 % BR	200 % BR	270 % BR

	BASE CONVENTIONNELLE R1	R1 + OPTION R2	R1 + OPTION R3
PRESTATIONS	PRESTATIONS SOUS DEDUCTION DE CELLES VERSEES PAR L'AMO DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS, EN DEHORS DES FORFAITS EXPRIMES EN €		
<b>OPTIQUE</b>			
Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 6 ans à partir de la date de facturation selon réglementation en vigueur. Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de moins de 16 ans à partir de la date de facturation. Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue. Il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières. Prise en charge de la monture dans la limite de 100€.			
<b>EQUIPEMENTS 100 % SANTÉ (VERRES ET/OU MONTURE) CLASSE A - TARIFS SOUMIS À DES PRIX LIMITES DE VENTE</b>			
- Equipements de classe A (monture + verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV
- Prestations 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 des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
<b>EQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ (VERRES ET/OU MONTURE) CLASSE B - TARIFS LIBRES</b>			
<b>Réseau Partenaire</b>			
- Equipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €
- Equipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	230 €	240 €	320 €
<b>Hors Réseau Partenaire</b>			
- Equipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €
- Equipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	170 €	170 €	180 €
<b>Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/ verres iséiconiques)</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Lentilles</b>			
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	70 €	150 €	200 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>SOINS JUSQU'AU 31/12/2020</b>			
<b>Aides auditives remboursées par l'AMO</b>			
- Prothèses auditives	130 % BR	160 % BR	220 % BR
<b>SOINS À COMPTER DU 01/01/2021</b>			
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.			
<b>Equipement 100% santé Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente</b>			
- Aides auditives remboursées par l'AMO	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV
<b>Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres</b>			
- Prothèses auditives remboursées par l'AMO	130 % BR	160 % BR	220 % BR
<b>Piles</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

\* Abréviations :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire)

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.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

FR : Frais réels.

Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

RSS : Remboursement de l'AMO = montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : Ticket Modérateur.

## TAUX DE COTISATION DES ACTIFS (En % du PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

L'employeur doit souscrire la base conventionnelle obligatoire, il peut aussi choisir de renforcer les garanties par l'adhésion à une option pour l'ensemble des salariés.

Le salarié a la possibilité d'étendre à ses ayants droit et/ou renforcer sa garantie selon le choix fait par l'employeur.

\*: Les taux de cotisations présentés sont les taux d'appel du régime, appliqués par les organismes assureurs labellisés par la branche (taux d'appel= 95% du taux contractuel)

	ADHÉSION OBLIGATOIRE DE L'ENTREPRISE ( 3 CHOIX POSSIBLES )*		AMÉLIORATION DES GARANTIES AU CHOIX DU SALARIÉ ( FACULTATIF )*			
			Régime général		Régime local	
			Option R2	Option R3	Option R2	Option R3
Régime conventionnel R1	Régime général	Régime local				
	0,87 %	0,56 %	+ 0,28 %	+ 0,44 %	+ 0,19 %	+ 0,33 %
Régime conventionnel R1 + option R2	1,11 %	0,73 %	-	+ 0,16 %	-	+ 0,14 %
Régime conventionnel R1 + option R2	1,25 %	0,85 %	-	-	-	-

	EXTENSION AUX AYANTS DROIT DE LA COUVERTURE MISE EN PLACE PAR L'EMPLOYEUR ( FACULTATIF )*				AMÉLIORATION DES GARANTIES AU CHOIX DU SALARIÉ ( FACULTATIF )*							
	Régime général		Régime local		Régime général				Régime local			
					Option R2		Option R3		Option R2		Option R3	
	Conjoint	Enfant*	Conjoint	Enfant*	Conjoint	Enfant*	Conjoint	Enfant*	Conjoint	Enfant*	Conjoint	Enfant*
Régime conventionnel R1	1,06 %	0,59 %	0,69 %	0,38 %	+ 0,29 %	+ 0,16 %	+ 0,47 %	+ 0,28 %	+ 0,21 %	+ 0,11 %	+ 0,35 %	+ 0,21 %
Régime conventionnel R1 + option R2	1,32 %	0,73 %	0,87 %	0,48 %	-	-	+ 0,17 %	+ 0,11 %	-	-	+ 0,14 %	+ 0,10 %
Régime conventionnel R1 + option R2	1,47 %	0,83 %	0,99 %	0,56 %	-	-	-	-	-	-	-	-

