

Avenant n°1

L'ACCORD FRAIS DE SANTE DU 20 DECEMBRE 2013

BROCHURE JO 3150

Les parties signataires du présent avenant conviennent des dispositions suivantes :

PREAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le régime frais de santé tel que défini à l'accord du 20 Décembre 2013 avec le décret N°2014-1374 du 18 novembre 2014 définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Les annexes de l'accord collectif de travail applicable pour les entreprises relevant de la convention nationale des professions de la photographie sont modifiées en conséquence.

Les prestations, figurant en annexe du présent avenant, sont définies conformément aux décrets n°2014-1025 du 8 septembre 2014 et n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

ARTICLE 1 – Financement du régime

L'article 10 de l'accord collectif de travail du 20 décembre 2013 est remplacé par les dispositions suivantes :

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent avenant. Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge 50 % de l'employeur et 50 % du salarié.

Par dérogation à la répartition de la cotisation définie ci-dessus, les employeurs pourront prendre en charge l'intégralité de la cotisation due par les salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

**Taux de cotisation mensuel et forfaitaire pour le régime prestations « en nature »
frais de santé**

Handwritten signatures and initials in blue ink: "P.P", "GS", "A", "DB", and a circled "P".

Régime de base :

	Salarié :	Conjoint :	Enfant :
Régime général :	1.08%PMSS	1.12%PMSS	0.60%PMSS
Régime Alsace Moselle :	0.72% PMSS	0.76% PMSS	0.42% PMSS

Loi Évin	Adulte :	Enfant :
Régime général :	1.21%PMSS	0.60%PMSS
Régime Alsace Moselle :	0.80% PMSS	0.42% PMSS

Régimes surcomplémentaires (régime général / régime alsace Moselle) :

Option 1 :	Option 2 :
Adulte : 0.41% PMSS	0.91% PMSS
Enfant : 0.13% PMSS	0.25% PMSS

La cotisation étant exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, celle-ci augmentera chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

Les cotisations dues par les salariés sont prélevées mensuellement par l'employeur sur le bulletin de salaire.

Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction notamment de l'évolution de la législation et des résultats du régime.

Article 2 : Date d'effet – Dépôt – Extension

Le présent avenant prend effet au 1er janvier 2016.

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du Code du Travail relatives à « la négociation collective – les conventions et accords collectifs du travail » (Livre Deuxième de la Partie II). Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du Travail, de la solidarité et de la Fonction publique, l'extension du présent avenant en application des articles L.2261-15 et suivants du Code du Travail afin de le rendre applicable à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des Professions de la photographie.

Fait à Paris, le 02 juillet 2015,

P.P. A B
GS DB

Suivent les signatures

Pour :

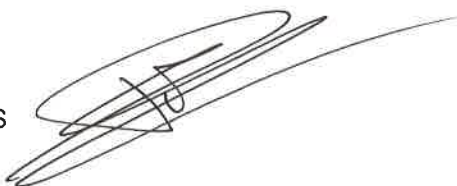
La FNP (Fédération du Négoce Photo)

205, rue du Faubourg Saint Martin 75010 PARIS

Et

Le GNPP (Groupement National de la Photographie Professionnelle)

205, rue du Faubourg Saint Martin 75010 PARIS



d'une part,

ET

**FEDERATION DES SERVICES DE LA CONFEDERATION FRANÇAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT), TOUR
ESSOR, 14 RUE SCANDICCI, 93508 PANTIN,**



**FEDERATION NATIONALE DE L'ENCADREMENT DU COMMERCE ET DES SERVICES (CFE-CGC FNECS) 9, RUE DE
ROCROY, 75010 PARIS,**



**FEDERATION COMMERCE, SERVICES ET FORCE DE VENTE -FEDERATION FRANÇAISE DES TRAVAILLEURS
CHRETIENS, CFTC- CSFV), 251, QUAI DE LA LOIRE, 75019 PARIS,**



**FEDERATION COMMERCE DISTRIBUTION SERVICES, CGT, CASE 425, 263, RUE DE PARIS, 93514
MONTREUIL,**

FEDERATION DES EMPLOYES ET CADRES CGT FO, 28 RUE DES PETITS HOTELS, 75010 PARIS,

FEDERATION UNSA SPECTACLE ET COMMUNICATION, 21 RUE JULES FERRY 93177 BAGNOLET



P.F.
G.S.



DB

ANNEXE

GARANTIES A EFFET DU : 01/01/2016

BASE SALARIES ET AYANTS DROIT

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous incluent les remboursements versés par la Sécurité sociale. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		150% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	150% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	130% BR
Autres honoraires		
Chambre particulière		70 euros par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		40 euros par jour
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	150% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	130% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	150% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	130% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	150% BR

R.P.
A
GS
DS

Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	130% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	150% BR
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	130% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Analyses		100% BR
Actes médicaux non remboursés SS		
Densitométrie osseuse		Néant
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Crédit de 200 euros par œil et par année civile
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie		100% BR
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins antigrippe		100% des frais réels
Autres vaccins		Crédit de 20 euros par année civile
Sevrage tabagique		Crédit de 75 euros par année civile
Contraception prescrite		Crédit de 50 euros par année civile
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives		100% BR + 500 euros limité à 1 acte par année civile
Orthopédie & autres prothèses		125% BR + Crédit de 150 euros par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer		RSS+ 400 euros limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques		RSS+ 750 euros limité à 1 acte par année civile

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		100% BR
Inlay simple, Onlay		100% BR
Prothèses dentaires		300% BR
Inlay core et inlay à clavettes		300% BR

P.P
GS
A
23

Orthodontie

300% BR

Dentaire non remboursé SS

Parodontologie (1)	Crédit de 100 euros par année civile
Prothèses dentaires (2)	Crédit de 100 euros par année civile
Implants dentaires (3)	Néant
Orthodontie	Crédit de 200 euros par année civile

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

(2) 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.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

EQUIPEMENT OPTIQUE :

Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	RSS + 70 euros
Monture enfant	RSS + 50 euros
Verres	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 100 euros par année civile
Lentilles refusées par la SS	Néant

R.L
A
GS
23

(y compris lentilles jetables)

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	50€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	CORRECTION		< à -10 ou > à +10	80€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	50€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	80€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	80€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	CORRECTION		< à -6 et > à +6	80€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	110€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	150€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	110€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	150€

P.P. 4 17
65 03

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	40€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	75€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	40€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	75€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	75€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	75€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	75€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	75€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	75€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION	Tout Cylindre	< à -8 ou > à +8	75€

P.P.
65
A
DB

AUTRES GARANTIES:

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		100% BR
Frais de voyage et hébergement	RSS + 300 euros limité à une intervention par année civile	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		200 euros
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants		20 euros par acte limité à 4 actes par année civile
(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006		
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans		
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum		
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans		
- Dépistage de l'hépatite B		
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :		
a) Audiométrie tonale ou vocale		
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie		
c) Audiométrie vocale dans le bruit		
d) Audiométrie tonale et vocale		
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;		
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans		
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :		
a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;		
b) Coqueluche : avant 14 ans ;		
c) Hépatite B : avant 14 ans ;		
d) BCG : avant 6 ans ;		
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant		

P.V.
GS
A
P
SS

f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = 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 soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

R.P. GS A DB

OPTION 1

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous **complètent** les remboursements versés par la Sécurité sociale et ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		50% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	100% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	70% BR
Autres honoraires		
Chambre particulière		10 euros par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		10 euros par jour
Transport remboursé SS		
Transport		50% BR
Actes médicaux		
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	50% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	50% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	50% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	50% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	50% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	50% BR
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	50% BR

Auxiliaires médicaux	50% BR
Analyses	Néant
Actes médicaux non remboursés SS	
Densitométrie osseuse	Néant
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 100 euros par œil et par année civile
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie	Néant
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins antigrippe	Néant
Autres vaccins	Crédit de 20 euros par année civile
Sevrage tabagique	Crédit de 20 euros par année civile
Contraception prescrite	Néant
Appareillages remboursés SS	
Prothèses auditives	50 euros limité à 1 acte par année civile
Orthopédie & autres prothèses	50% BR + Crédit de 50 euros par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer	100 euros limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques	50 euros limité à 1 acte par année civile

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		Néant
Inlay simple, Onlay		Néant
Prothèses dentaires		100% BR
Inlay core et inlay à clavettes		100% BR
Orthodontie		50% BR
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)		Crédit de 50 euros par année civile

P.F. A GS DB

Prothèses dentaires (2)	Crédit de 100 euros par année civile
Implants dentaires (3)	Néant
Orthodontie	Crédit de 50 euros par année civile

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

(2) 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.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

EQUIPEMENT OPTIQUE :

Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 – 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	80 euros
Monture enfant	100 euros
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	Néant
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Néant

P.P
GS
A
SS

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	30€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	30€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	30€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	30€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	30€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	30€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	30€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	30€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	30€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	30€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	30€

P.P
65 DB
A B

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	20€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	30€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	30€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	20€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	30€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	30€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	30€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	30€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	30€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	30€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	30€

P.P
GS
A
B
03

AUTRES GARANTIES:

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		50% BR
Frais de voyage et hébergement		Néant
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		Néant
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants		20 euros par acte limité à 4 actes par année civile
(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006		
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans		
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum		
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans		
- Dépistage de l'hépatite B		
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :		
a) Audiométrie tonale ou vocale		
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie		
c) Audiométrie vocale dans le bruit		
d) Audiométrie tonale et vocale		
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;		
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans		
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :		
a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;		
b) Coqueluche : avant 14 ans ;		
c) Hépatite B : avant 14 ans ;		
d) BCG : avant 6 ans ;		
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;		

PR
A
GS
DB

f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = 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 soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

P.P
GS
A
JP
DS

OPTION 2

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous **complètent** les remboursements versés par la Sécurité sociale et ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		150% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	150% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	70% BR
Autres honoraires		
Chambre particulière		20 euros par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		20 euros par jour
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	50% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	50% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	50% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	50% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	50% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	50% BR
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	50% BR

Auxiliaires médicaux	100% BR
Analyses	50% BR
Actes médicaux non remboursés SS	
Densitométrie osseuse	Néant
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 200 euros par œil et par année civile
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie	Néant
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins antigrippe	Néant
Autres vaccins	Crédit de 30 euros par année civile
Sevrage tabagique	Crédit de 30 euros par année civile
Contraception prescrite	Néant
Appareillages remboursés SS	
Prothèses auditives	100 euros limité à 1 acte par année civile
Orthopédie & autres prothèses	100% BR + Crédit de 100 euros par année civile
Prothèses externes liées au traitement du cancer	150 euros limité à 1 acte par année civile
Fauteuil pour handicapés physiques	50 euros limité à 1 acte par année civile

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		Néant
Inlay simple, Onlay		Néant
Prothèses dentaires		150% BR
Inlay core et inlay à clavettes		150% BR
Orthodontie		100% BR
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)		Crédit de 75 euros par année civile

P.P. GS A P DB

Prothèses dentaires (2)	Crédit de 200 euros par année civile
Implants dentaires (3)	Néant
Orthodontie	Crédit de 100 euros par année civile

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

(2) 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.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

EQUIPEMENT OPTIQUE :

Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.


NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	80 euros
Monture enfant	100 euros
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	Néant
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Néant

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the letters 'PP', 'GS', and 'AB'.

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	40€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	40€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	40€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	40€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	40€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	40€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	40€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	40€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	40€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	40€

GS
 P.P. A B
 03

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	30€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	40€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	30€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	40€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	40€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	40€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	40€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	40€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	40€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	40€

PA
 GS
 A

 DB

AUTRES GARANTIES:

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermique remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		100% BR
Frais de voyage et hébergement	50 euros limité à un acte par année civile	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		100 euros
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants		30 euros par acte limité à 4 actes par année civile
(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006		
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans		
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum		
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans		
- Dépistage de l'hépatite B		
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :		
a) Audiométrie tonale ou vocale		
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie		
c) Audiométrie vocale dans le bruit		
d) Audiométrie tonale et vocale		
e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;		
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans		
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :		
a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;		
b) Coqueluche : avant 14 ans ;		
c) Hépatite B : avant 14 ans ;		
d) BCG : avant 6 ans ;		
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;		

GS
P.P. A.P. DS

f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = 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 soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

GS
A
B