



# Résumé de garanties

## CCN des commerces de gros de l'habillement, de la mercerie, de la chaussure et du jouet (n°3148)

Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale. Les niveaux des « option 1 » et « option 2 » s'entendent en complément du régime de base. Les remboursements sont effectués pour les frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

### Abréviations :

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

**CCAM** : Classification commune des actes médicaux

**DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée)** : OPTAM /

OPTAM-CO :

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique

€ : Euro

**FR** : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

**RSS** : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'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)

## Hospitalisation

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>			
Frais de séjour	100 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires			
- Adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
- Non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Chambre particulière	1 % PMSS par jour	+ 1 % PMSS par jour	+ 2 % PMSS par jour

## Transport

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
Transport remboursé SS	100 % BR	-	-

## Soins courants

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Honoraires médicaux remboursés SS</b>			
Généralistes (consultations et visites)			
- Adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 120 % BR
- Non adhérents à un DPTM	120 % BR	+ 20 % BR	+ 80 % BR
Spécialistes (consultations et visites)			
- Adhérents à un DPTM	200 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
- Non adhérents à un DPTM	120 % BR	+ 20 % BR	+ 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)			
- Adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
- Non adhérents à un DPTM	120 % BR	+ 20 % BR	+ 80 % BR
Acte d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)			
- Adhérents à un DPTM	150 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
- Non adhérents à un DPTM	120 % BR	+ 20 % BR	+ 80 % BR
<b>Honoraires médicaux non remboursés SS</b>			
Acupuncture, Chiropraxie, Ostéopathie (Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	45 € par acte limité à 2 actes par année civile	50 € par acte limité à 4 actes par année civile	50 € par acte limité à 4 actes par année civile
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	150 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicales remboursés SS	150 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
<b>Médicaments</b>			
Remboursés SS	100 % BR	-	-
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursés SS	100 % BR	-	-
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR	+ 50 % BR	+ 130 % BR
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-

## Aides auditives

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(2)</sup></b>			
Aides auditives remboursées SS	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	-	-
<b>Équipements libres<sup>(4)</sup></b>			
Aides auditives remboursées SS	100 % BR <sup>(3)</sup>	-	-
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	-	+ 520 € <sup>(3)</sup>	+ 520 € <sup>(3)</sup>
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	-	+ 300 € <sup>(3)</sup>	+ 300 € <sup>(3)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(1)</sup>	100 % BR	-	-

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipements 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, 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 (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

## Dentaire

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>			
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
<b>Prothèses</b>			
<b>Panier maîtrisé<sup>(2)</sup></b>			
Inlay , onlay	100 % BR dans la limite des HLF	+ 100 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	+ 300 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>
Inlay core	225 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	+ 150 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>	+ 150 % BR dans la limite des HLF <sup>(4)</sup>
<b>Panier libre<sup>(3)</sup></b>			
Inlay , onlay	100 % BR	+ 100 % BR	+ 300 % BR
Inlay core	225 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
<b>Soins</b>			
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>			
Orthodontie remboursée SS	225 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>			
Soins prothétiques et prothèses dentaires , pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	225 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner , pilier . . . )	225 % BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par la Sécurité sociale HBLD418)	+ 50 % BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par la Sécurité sociale HBLD418)	+ 150 % BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par la Sécurité sociale HBLD418)

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé , tels que définis réglementairement .

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé , tels que définis réglementairement .

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre , tels que définis réglementairement .

(4) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale , par le régime complémentaire de base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire) .

## Optique

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(1)</sup></b>			
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	-	-
Verres de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>		-	-
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents (tous niveaux)		-	-
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	-	-
<b>Équipements libres<sup>(3)</sup></b>			
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup>	100 €	-	-
Verres de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verre	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verre	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verre
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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 des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-
Supplément pour verres avec filtres 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	-	-
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>			
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 300 € par année civile

(1) Équipements 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 part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) 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 à l'alinéa précédent 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 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 ;
  - rétinopathie 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'oeil 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'oeil 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.

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. Dans ce cas, 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.

(3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

## Grille optique « verres de classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**) (RSS inclus) Base	Montant en € par verr (**) (RSS inclus) Option 1	Montant en € par verr (**) (RSS inclus) Option 2
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	100 €	+ 30 €	+ 60 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	150 €	+ 50 €	+ 130 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	+ 30 €	+ 60 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100 €	+ 30 €	+ 60 €
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	+ 50 €	+ 130 €
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH < - 4 ou > + 4	150 €	+ 50 €	+ 130 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH > 0 et S > + 8	150 €	+ 50 €	+ 130 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	150 €	+50 €	+ 130 €

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

(\*\*) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

## Programme de Prévention « Branchez-vous santé »

Mesures d'actions individuelles au profit des salariés / anciens salariés assurés au contrat de frais de santé (leurs ayants droit si couverts au titre du dudit contrat) et ouvrant droit au bénéfice des garanties du contrat

Programme	Nature des actions
<b>Santé bucco-dentaire</b>	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie .</p> <p>Promotion des consultations de prévention à deux âges clés , 35 et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance maladie « M'T Dents »<sup>(1)</sup> . Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont prises en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire » sous réserve que la garantie soit souscrite au contrat Frais de santé .</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire .</p>
<b>Cancer : traitement et prévention de leurs récurrences</b>	
Aide à la décision thérapeutique , notamment opératoire , d'un cancer	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (scanner ou IRM) .</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues , chirurgien . . . ) .</p>
Prévention des récurrences de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée , l'alimentation et l'engagement motivationnel .</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme .</p>
<b>Bilan de prévention</b>	
Bilan de prévention personnel	<p>Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger , bouger , dormir , respirer .</p>

(1) à 3 , 6 , 9 , 12 , 15 , 18 , 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes .