



Résumé des garanties

CCN de la Branche de l'aide, de l'accompagnement et des services à domicile (BAD) [Brochure n° 3381]

Ensemble du personnel

1^{er} janvier 2024

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau de garanties repris ci-dessous.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale et sont limités aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré et ce, après intervention du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale. Les soins et frais indemnisés au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale. 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, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé ci-après.

Formule « Confort »

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	

Hospitalisation

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Honoraires, actes et soins

- Médecins signataires DPTM*	185 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	165 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Forfait patient urgences	Frais réels	

Séjours

- Frais de séjour	250 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) selon service : Médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie	2,5 % PMSS / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention 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. Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation, psychiatrie
- 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)

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *		Précisions
	Confort		
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*	185 % BR		Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	165 % BR		Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR		
Honoraires paramédicaux			
- Auxiliaires médicaux	100 % BR		
- Consultations de psychologues dans le cadre de MonParcoursPsy	100 % BR		Consultations de psychologues conventionnées remboursées par la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR		
Actes d'imagerie et d'échographie			
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR		
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR		
Actes techniques médicaux et de chirurgie			
- Médecins signataires DPTM*	120 % BR		Limité à 100 % BR hors parcours de soin
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR		
- Participation du patient sur les actes lourds	Frais réels		Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
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 (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR		
Transport	100 % BR		

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽²⁾		
- Inlay Core	AMO + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- 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⁾		
- Inlay, onlay	135 % BR	Actes soumis à des honoraires limites de facturation
- Inlay-Core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265 % BR	
Panier à honoraires libres ⁽²⁾		
- Inlay, onlay	135 % BR	
- Inlay-Core	135 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	365 % BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	265 % BR	
Soins		
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	400 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO		
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, parodontologie ⁽³⁾ , orthodontie	Forfait de 600 € par an et par bénéficiaire	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	

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)

(4) Détail du renouvellement de l'équipement

Équipements 100 % santé ⁽⁵⁾ – verres et/ou monture Classe A

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	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) ⁽⁴⁾	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) ⁽⁴⁾	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) ⁽⁴⁾	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*	

Équipements hors 100 % Santé – verres et/ou monture Classe B – Tarifs libres ⁽⁶⁾

- Monture adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	100 €	Y compris Ticket Modérateur
- Monture enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾	75 €	Y compris Ticket Modérateur
- Verre adulte (16 ans et plus) ⁽⁴⁾	Voir grille optique	Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur
- Verre enfant (de moins de 16 ans) ⁽⁴⁾		Forfait par verre et par bénéficiaire y compris Ticket Modérateur

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	
- 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	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	
Lentilles		
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 3 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
- 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	600 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil
Aides auditives		
Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'étendant pour chaque oreille indépendamment.		
Équipement 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	Y compris les personnes de 20 ans
- 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)		
Équipement hors 100 % Santé ⁽⁹⁾ - Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	900 €	Y compris les personnes de 20 ans
- 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)	1700 €	
Accessoires, entretien, piles, réparations ⁽⁷⁾	100 % BR	

Prestations (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	Remboursement total ⁽¹⁾ (AMO + AMC) *	Précisions
	Confort	

Prévention - Bien-être

- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	
- Vaccins antigrippe 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.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	20 € par séance avec un maximum de 2 séances par année civile	Forfait par an et par bénéficiaire.

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*

- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	100 % BR + 10 % PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.

Maternité

- Allocation naissance	10 % PMSS	Naissance d'un enfant déclaré
------------------------	-----------	-------------------------------

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 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.

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.

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Confort	
			Montant en € par verre de classe B	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphérique	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €	54 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	130 €	115 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	76 €	61 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	76 €	61 €
		SPH > 0 et S > + 6	124 €	108 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	124 €	108 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	137 €	122 €
		SPH de - 4 à + 4	164 €	149 €
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	178 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	178 €	162 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	178 €	162 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	191 €	176 €
	SPH > 0 et S > + 8	191 €	176 €	
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	191 €	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 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 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.

(4) 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.
- (5) 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 même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.
- (6) Équipements 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) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.