

Résumé des garanties et taux CCN de l'Industrie et services nautiques (Brochure 3187 - IDCC 3236) Régimes de base obligatoire et surcomplémentaire facultatif

Date d'effet : 1^{er} janvier 2024

Vos garanties base et option

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent **par bénéficiaire**.

Les prestations s'entendent pour le secteur **conventionné** comme pour le secteur **non conventionné**.

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir : OPTAM

= Option pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet : <https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-sociale>).

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 de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Postes	Niveaux d'indemnisation		
	Base	Option	
Hospitalisation			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	240 % de la BR	+ 40 % de la BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	240 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 50 % de la BR
Chambre particulière	1,5 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	+ 1,40 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans	Néant	1 % du PMSS par jour limité à 20 jours par année civile	
Transport			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR	+ 30 % de la BR	
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés par la Sécurité sociale			
Généralistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 70 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Spécialistes (consultations, visites)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant

Postes		Niveaux d'indemnisation	
		Base	Option
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR	+ 40 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	+ 20 % de la BR
	Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, diététique, étio-pathie, nutritionniste, psychologie, psychomotricité ⁽¹⁾		Crédit de 25 € par séance, limité à 4 séances par année civile	+ 5 € par séance, limité à 4 séances par année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale		100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments prescrits		Néant	1 % du PMSS par année civile
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursées par la Sécurité sociale		100 % de la BR	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Pharmacie prescrite		Néant	1 % du PMSS par année civile
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR	Néant
⁽¹⁾ Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.			
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾		RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Équipements libres ⁽⁴⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾		100 % de la BR	+ 10 % de la BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾		100 % de la BR	+ 10 % de la BR

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Option
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR	Néant

(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) Équipement 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 (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé⁽¹⁾

Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		

Prothèses

Panier maîtrisé⁽²⁾

Inlay, onlay	170 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Inlay core	170 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 150 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾

Panier libre⁽³⁾

Inlay, onlay	170 % de la BR	+ 100 % de la BR
Inlay core	170 % de la BR	+ 150 % de la BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR	+ 100 % de la BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % de la BR	Néant
--	----------------	-------

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	225 % de la BR	+ 25 % de la BR
-------------	----------------	-----------------

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	Crédit de 5 % PMSS par année civile	+ 7 % PMSS par année civile dans la limite de 3 implants par an
Parodontologie	Crédit de 5 % du PMSS par année civile	Néant
Orthodontie	Néant	150 % de la BR

(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 l'option (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique

Équipements 100 % Santé⁽¹⁾

Équipement de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Équipement de Classe A : Enfant de -16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Option
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Équipements libres ⁽³⁾		
Équipement de Classe B : Adulte et Enfants de 16 ans et + (monture +2 verres) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres (dont 100 € maximum pour la monture)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres
Équipement de Classe B : Enfants de -16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'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 des verres de Classe A ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV	Néant
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV	Néant
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR	Néant
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + Crédit de 2 % du PMSS par année civile	+ Crédit de 3 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 2 % du PMSS par année civile	+ Crédit de 8 % du PMSS 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.
La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B..

(2) Conditions de renouvellement
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 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'œil 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'œil 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. 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. La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
 - du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

Grille Optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

			Remboursement par équipement (monture + 2 verres)	
			Base	Option
Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Adulte et enfant de - 16 ans et 16 ans et +	Adulte et enfant de - 16 ans et 16 ans et +
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (1)	153 €	+ 255 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	250 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	153 €	+ 255 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	153 €	+ 255 €
		SPH > 0 et S > + 6	250 €	+ 330 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	250 €	+ 330 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	250 €	+ 330 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	250 €	+255 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	250 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	250 €	+ 330 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	+ 330 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	+ 330 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Base	Option
Autres frais		
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	Néant	100 % du TM
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	Néant	10 % du PMSS

Vos cotisations obligatoires et facultatives

Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond mensuel de la Sécurité sociale) dont la valeur s'élève à 3 864 € pour l'année 2024.

1/ Pour l'entreprise

Adhésion collective et obligatoire pour le salarié

La cotisation « globale » est répartie à hauteur de 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié et est prélevée sur le bulletin de salaire.

Les taux de cotisations incluent le coût de la portabilité mutualisée sur 12 mois maximum.

Retrouvez l'ensemble des documents concernant votre régime sur notre site internet : www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-nationales/ccn-industries-et-services-nautiques

Salarié	Base conventionnelle		Option surcomplémentaire	
	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime général	0,93 % *	35,94 €	0,32 %	12,36 €
Régime Alsace Moselle	0,55 %	21,26 €		

* Le taux de cotisation s'élève à 0,96 % du PMSS, il est appelé à 0,93 %.

2/ Pour le salarié

Adhésion individuelle et facultative :

- du salarié à la surcomplémentaire en complément du régime de Base ;
- des ayants droit au régime de Base et surcomplémentaire.

L'adhésion des ayants droit se fait sur la base des mêmes garanties que le salarié.

Salarié		Base conventionnelle		Option surcomplémentaire	
		Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime général	Salarié			0,32 %	12,36 €
	Conjoint	1,05 %	40,57 €	0,36 %	13,91 €
	Enfant	0,59 %	22,80 €	0,13 %	5,02 €
Régime Alsace Moselle	Salarié			0,32 %	12,36 €
	Conjoint	0,59 %	22,80 €	0,36 %	13,91 €
	Enfant	0,39 %	15,07 €	0,13 %	5,02 €

Exemple (valeur 2024)

Le montant mensuel de la cotisation surcomplémentaire facultative pour un salarié relevant du régime général (dont l'entreprise a fait le choix de la Base en obligatoire) et son conjoint avec un enfant souscrivant à la formule Base et surcomplémentaire est de 94,66 € :

- Pour le salarié : 12,36 €
- Pour son conjoint : 40,57 € + 13,91 € = 54,48 €
- Pour son enfant : 22,80 € + 5,02 € = 27,82 €

Cette cotisation sera prélevée chaque mois sur le compte bancaire de l'assuré.

3/ Pour les anciens salariés (Dispositif loi Évin)

La cotisation sera prélevée chaque mois sur le compte bancaire de l'assuré.

Salarié		Base conventionnelle		Option surcomplémentaire	
		Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €	Cotisation en % du PMSS	Cotisation en €
Régime général	Salarié	0,93 %	35,94 €	0,32 %	12,36 €
	Conjoint	1,19 %	45,98 €	0,43 %	16,62 €
	Enfant	0,53 %	20,48 €	0,13 %	5,02 €
Régime Alsace Moselle	Salarié	0,55 %	21,25 €	0,32 %	12,36 €
	Conjoint	0,64 %	24,73 €	0,43 %	16,62 €
	Enfant	0,33 %	12,75 €	0,13 %	5,02 €

Ces tarifs sont TTC incluant ainsi la TSCA (Taxe spéciale sur les contrats d'assurance).

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.