



Résumé de garanties

CCN de Commerce de gros (3044)

Ensemble du personnel

Les prestations s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

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.

Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Postes		Régime 1	Régime 2	Régime 3
Hospitalisation				
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour	Pour le secteur conventionné	100 % de la BR	190 % de la BR	300 % de la BR
	Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Forfait hospitalier ⁽¹⁾		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur		
Honoraires				
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Médecins adhérents à un DPTM	150 % de la BR	170 % de la BR	300 % de la BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Pour le secteur non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Chambre particulière ⁽²⁾	Pour le secteur conventionné (Par nuitée ou par journée en cas d'hospitalisation en ambulatoire)	30 € par jour	50 € par jour	70 € par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -16 ans (par nuitée) ⁽³⁾	Pour le secteur conventionné	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Transport				
Transport remboursé par la Sécurité sociale		100 % de la BR	125 % de la BR	150 % de la BR
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Remboursés par la Sécurité sociale				
Généralistes (consultations, visites)	Médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR	140 % de la BR	200 % de la BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR	120 % de la BR	180 % de la BR
Spécialistes (consultations, visites)	Médecins adhérents à un DPTM	100 % de la BR	140 % de la BR	220 % de la BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	100 % de la BR	120 % de la BR	200 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	Médecins adhérents à un DPTM	150 % de la BR	160 % de la BR	220 % de la BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR	140 % de la BR	200 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Médecins adhérents à un DPTM	150 % de la BR	160 % de la BR	200 % de la BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	130 % de la BR	140 % de la BR	180 % de la BR

Postes	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes ⁽⁴⁾	-	15 € par séance dans la limite de 2 séances par an	30 € par séance dans la limite de 2 séances par an
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR	130 % de la BR	170 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	130 % de la BR	170 % de la BR
Médicaments			
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽⁶⁾			
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) ⁽⁷⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV		
Équipements libres ⁽⁸⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽⁷⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	225 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	400 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)
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) ⁽⁷⁾	100 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	121 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)	121 % de la BR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2022)
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁹⁾			
Inlay core et autres appareillages prothétiques dentaires	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF		
Prothèses			
Panier maîtrisé ⁽¹⁰⁾			
Inlay, onlay	125 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF
Inlay core	125 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	400 % de la BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires	125 % de la BR dans la limite des HLF	200 % de la BR dans la limite des HLF	450 % de la BR dans la limite des HLF

Postes	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Panier libre ⁽¹¹⁾			
Inlay simple, onlay	125 % de la BR	200 % de la BR	450 % de la BR
Inlay core	125 % de la BR	200 % de la BR	400 % de la BR
Autres appareillages prothétiques dentaires	125 % de la BR	200 % de la BR	450 % de la BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % de la BR	130 % de la BR	170 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale			
Orthodontie (par semestre de traitement)	150 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale			
Implants dentaires et piliers implantaires	-	Crédit de 250 € par an	Crédit de 600 € par an
Orthodontie (bénéficiaire de moins de 25 ans) par semestre de traitement, limité à 4 semestres de traitement	50 % de la BR reconstituée	150 % de la BR reconstituée	300 % de la BR reconstituée
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	Crédit de 100 € par an	Crédit de 300 € par an
Optique			
Équipements 100 % Santé ⁽¹²⁾			
Monture de Classe A quel que soit l'âge ⁽¹³⁾			
Verres de Classe A quel que soit l'âge ⁽¹³⁾			
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres de Classe A			
Équipements libres ⁽¹⁴⁾			
Monture de Classe B quel que soit l'âge ⁽¹³⁾	50 €	80 €	100 € (RSS inclus)
Verres de Classe B quel que soit l'âge ⁽¹³⁾			Voir grille optique ci-après
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
Supplément pour verres avec filtres de Classe B			100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)			100 % de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Crédit de 3 % du PMSS par an ⁽¹⁵⁾	-	-
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	-	Crédit de 5 % du PMSS par an ⁽¹⁵⁾	Crédit de 10 % du PMSS par an ⁽¹⁵⁾
Chirurgie réfractive	-	Crédit de 250 € par œil et par an	Crédit de 600 € par œil et par an
Autres frais			
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	-	150 € limité à une intervention par année civile	300 € limité à une intervention par année civile
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	-	10 % du PMSS	20 % du PMSS

Abréviations :

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

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPDM = 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/decisions/montants-referenc/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, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

€ = Euro.

- (1) Hors établissement médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (2) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (3) Sur présentation de justificatif.
- (4) Sur présentation de la facture originale établie par le professionnel.
- (5) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
- (6) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (7) 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).
- (8) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.
- (9) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.
- (10) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (11) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (12) 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.
- (13) 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 +6 ans et 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 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.
- (14) 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.
- (15) À l'épuisement de ce crédit, les lentilles acceptées par la Sécurité sociale restent prises en charge à hauteur de 100% de la BR.

Grille Optique

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

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre					
			Adulte et Enfant de 16 ans et +			Enfant de - 16 ans		
			Régime 1	Régime 2	Régime 3	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	50 €	60 €	120 €	50 €	60 €	120 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	60 €	120 €	50 €	60 €	120 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50 €	60 €	120 €	50 €	60 €	120 €
		SPH > 0 et S > + 6	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH de - 4 à + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
	Sphéro cylindriques	SPH < à - 4 ou > à + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €
Sphéro cylindriques	SPH > 0 et S > + 8	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €	
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	75 €	110 €	210 €	75 €	110 €	210 €	

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