

# Convention collective

## Import Export

### Garanties frais de santé

**Date d'effet : 1<sup>er</sup> avril 2026**

Les niveaux d'indemnisation dépendent de la formule retenue par l'entreprise (parmi les 4 formules au choix proposées) : Essentiel - Confort - Summum - Optimum.

Les niveaux d'indemnisation indiqués dans les tableaux de garanties s'entendent y compris le remboursement effectué par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

#### Abréviations

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

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (montant en euros qui sert de référence pour le calcul de certaines prestations et qui évolue normalement chaque année au 1<sup>er</sup> janvier).

**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).

€ : Euro.

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

**DPTM** : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-ACO).

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

**OPTAM-ACO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique.

En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**100 % Santé** : Tel que défini réglementairement, dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives, de soins et prothèses dentaires, de prothèses capillaires et du forfait de location de courte durée d'un véhicule pour personne handicapée, définis réglementairement et intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

**PLV** : Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur, à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Prix maximum de vente à l'assuré social d'un dispositif médical. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

**HLF** : Honoraires Limites de Facturation fixés selon la réglementation en vigueur, à la date des soins effectués par le bénéficiaire. Montant maximum pouvant être facturé à un assuré social pour un acte donné.

**An** : Annuité appréciée par année civile dans les postes de garanties y faisant référence.

**Mon soutien psy** : Séances d'accompagnement par un psychologue conventionné, dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ».

Pour prendre rendez-vous avec un psychologue partenaire, il est possible de consulter l'annuaire en ligne sur [monsoutienpsy.ameli.fr](http://monsoutienpsy.ameli.fr).

**SMUR** : Structure mobile d'urgence et de réanimation.

## Hospitalisation

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>					
<b>Frais de séjour</b>	En établissement conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires</b> : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Médecins adhérents à un DPTM	170 % BR	280 % BR	480 % BR	480 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b> Forfait réglementaire non remboursé Sécurité sociale, sans limitation de durée		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Forfait Patient Urgences (FPU) <sup>(1)</sup></b>		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Forfait actes dits « lourds » <sup>(2)</sup></b>		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière non remboursée Sécurité sociale <sup>(3)</sup></b>	En hospitalisation par nuitée	40 €	65 €	85 €	115 €
	En ambulatoire par journée	20 €	32,50 €	42,50 €	57,50 €

## Hospitalisation (suite)

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursés Sécurité sociale</b> Par enfant à charge dont l'âge est < à 16 ans - par jour	30 €	40 €	50 €	60 €
<b>Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)</b> Par enfant (limité à un paiement par enfant déclaré)	-	20 % PMSS	20 % PMSS	20 % PMSS

(1) Facturation forfaitaire réglementaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(2) Facturation forfaitaire réglementaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifié de « lourd ») prévu au I de l'article R 160.16 du code de la Sécurité sociale.

(3) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

## Dentaire

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>Soins et prothèses 100 % Santé (dans la limite des HLF)</b>	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
<b>Soins et prothèses autres que 100 % Santé</b> Paniers à tarifs maîtrisés (dans la limite des HLF) ou à tarifs libres, tels que définis réglementairement, remboursés Sécurité sociale				
Inlay,onlay	150 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR
Inlay core	125 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	150 % BR	350 % BR	450 % BR	600 % BR
<b>Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Orthodontie</b>				
Remboursée Sécurité sociale (forfait / semestre de traitement / bénéficiaire)	150 % BR	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Non remboursée Sécurité sociale (forfait / semestre de traitement / bénéficiaire, limité à 4 semestres)	50 % BR	150 % BR	250 % BR	400 % BR
<b>Implantologie (pose de l'implant à l'exclusion de tout acte annexe: scanner, pilier et couronne)</b>				
Crédit / an / bénéficiaire	-	500 €	750 €	-
Forfait par implant (limité à 2 implants / an / bénéficiaire)	-	-	-	1000 €
<b>Parodontologie</b>				
Non remboursée Sécurité sociale (Crédit / an / bénéficiaire)	-	-	-	500 €

## Aides auditives

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>Équipements 100 % Santé (dans la limite des PLV)</b> Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement <sup>(1)</sup>	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
<b>Équipements libres</b> Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement <sup>(1)</sup>				
Aide auditive (hors accessoires)	100 % BR	100 % BR	1 200 €	1 700 €
<b>Accessoires et fournitures</b>				
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) 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).

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).

## Optique

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)	Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>Équipements 100 % Santé (dans la limite des PLV) <sup>(1)</sup></b>				
Équipements de Classe A (1 monture + 2 verres), tels que définis réglementairement <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Prestation d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
<b>Équipements libres <sup>(1)</sup></b>				
Équipements de Classe B (1 monture + 2 verres), tels que définis réglementairement <sup>(2)</sup>				
Par verre simple	50 €	80 €	100 €	120 €
Par verre complexe	75 €	100 €	140 €	160 €
Par verre très complexe	100 €	200 €	300 €	350 €
Par monture de lunettes	50 €	100 €	100 €	100 €
<b>Prestations supplémentaires portant sur l'équipement optique (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 (dans la limite des PLV)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres de Classe B uniquement (dans la limite des PLV)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système anti-ptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Lentilles</b>				
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (crédit / an / bénéficiaire)	100 % BR + 160 €	100 % BR + 350 €	100 % BR + 450 €	100 % BR + 600 €
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées Sécurité sociale (crédit / an / bénéficiaire)	160 €	350 €	450 €	600 €
<b>Chirurgie optique réfractive (Forfait / œil / bénéficiaire)</b>	-	500 €	750 €	850 €

(1) 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 concerné de l'équipement optique 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.

## Optique (suite)

### (2) Conditions de renouvellement de l'équipement (suite) :

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. 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.

### Grille optique verres de classe B

Verres	Avec / Sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verres
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	simple
		SPH > 0 et s ≤ + 6	simple
		SPH > 0 et s > + 6	complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	complexe
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	complexe
		SPH > 0 et s ≤ + 8	complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	très complexe
		SPH > 0 et s > + 8	très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	très complexe

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

## Soins courants

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>Honoraires médicaux remboursés Sécurité sociale</b>					
Généralistes (Consultation, visite, consultation en ligne)	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	170 % BR	250 % BR	300 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Spécialistes (Consultation, visite, consultation en ligne)	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	195 % BR	250 % BR	300 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques <sup>(1)</sup> y compris à visée thérapeutique remboursés Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 % BR	195 % BR	250 % BR	300 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 % BR	170 % BR	250 % BR	300 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires de psychologues</b>					
Consultation / visite / consultation en ligne de psychologue remboursée Sécurité sociale (dispositif « Mon soutien Psy »)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale</b>		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Forfait actes dits « lourds » <sup>(2)</sup></b>		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Médicaments remboursés Sécurité sociale</b>		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie (hors médicaments) remboursés Sécurité sociale</b>		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical (hors aide auditive, optique et dentaire)</b>					
Equipements 100 % Santé	Prothèses capillaires de Classe II (dans la limite des PLV) <sup>(3)</sup>	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
	Véhicules pour Personnes Handicapées (VPH) : Forfait de Location de Courte Durée (LCD) <sup>(4)</sup>	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge	RSS + 100 % reste à charge
Equipements autres que 100% Santé	Prothèses capillaires de Classe I (dans la limite des PLV) <sup>(3)</sup>	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Prothèses capillaires de Classe III (dans la limite des PLV) et de Classe IV <sup>(3)</sup>	100 % BR	200 % BR	350 % BR	500 % BR
	Orthopédie et autres appareillages et prothèses médicales, remboursés Sécurité sociale (dans la limite des PLV si prévu)	100 % BR	200 % BR	350 % BR	500 % BR

(1) Dispositifs prévus aux articles L 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

(2) Facturation forfaitaire réglementaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifié de « lourd ») prévu au I de l'article R 160. 16 du code de la Sécurité sociale.

(3) Dispositifs définis par la réglementation, comprenant un accessoire textile.

(4) Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, selon les modalités de prise en charge définies par l'arrêté du 06 février 2025, ainsi que dans les conditions et limites précisées par le décret du 26 novembre 2025. La Location de Courte Durée (LCD) d'un VPH est limitée à trois mois, renouvelable une fois (ou selon les modalités prévues par la réglementation).

## Soins courants (suite)

Frais couverts (secteur conventionné et non conventionné)		Essentiel (si choisi)	Confort (si choisi)	Summum (si choisi)	Optimum (si choisi)
<b>Frais de transport sanitaire</b>					
Frais de transports (hors SMUR), remboursés Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Cures thermales, remboursées Sécurité sociale</b>					
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel		50 €	250 €	500 €	500 €
<b>Médecine additionnelle et de prévention non remboursée Sécurité sociale sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel de santé</b>					
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe (professionnel de santé recensé au RPPS ou FINESS et/ou justifiant d'un diplôme d'état permettant d'exercer dans la discipline)	Montant par séance	-	30 €	40 €	70 €
	Nombre de séances maximum par an	-	2 séances	3 séances	3 séances
<b>Prévention</b>					
Tout acte de prévention remboursé Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR