

Résumé de garanties

CCN des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs, et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale, au service des Territoires (ECLAT) (IDCC 1518, 1031, 3203)

	Socle	R1 ou Socle + Option 1	R2 ou Socle + Option 2
Hospitalisation			
Frais de séjour – Secteur conventionné	200 % BR	200 % BR	300 % BR
Frais de séjour – Secteur non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait journalier hospitalier (hospitalisation, psychiatrie) [1]	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires D.P.T.M	220 % BR	250 % BR	330 % BR
Honoraires Hors D.P.T.M	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière avec nuitée – Secteur conventionné	1,5 % PMSS	1,75 % PMSS	2 % PMSS
Chambre particulière ambulatoire (sans nuitée) – Secteur conventionné	0,5 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS
Frais d'accompagnement (enfant – 12 ans) – Secteur conventionné	0,5 % PMSS	1 % PMSS	1 % PMSS
Soins courants			
Consultations Généralistes D.P.T.M	120 % BR	120 % BR	125 % BR
Consultations Généralistes Hors D.P.T.M	100 % BR	100 % BR	105 % BR
Consultations Spécialistes D.P.T.M	170 % BR	220 % BR	220 % BR
Consultations Spécialistes Hors D.P.T.M	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux D.P.T.M	120 % BR	145 % BR	220 % BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux Hors D.P.T.M	100 % BR	125 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie D.P.T.M – Hors D.P.T.M	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfaits actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Sage-femme	120 % BR	120 % BR	125 % BR
Psychologues adhérents au dispositif « mon soutien psy » (actes remboursés par la SS)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Socle	R1 ou Socle + Option 1	R2 ou Socle + Option 2
Matériel médical 100 % Santé (*)			
Prothèses capillaires de Classe II (**)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) en Location de Courte Durée (LCD) (***)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Matériel médical hors 100 % Santé			
Orthopédie, autres prothèses et matériels, appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) [2]	100 % BR (dans la limite des PLV si prévus par la réglementation)	200 % BR (dans la limite des PLV si prévus par la réglementation)	300 % BR (dans la limite des PLV si prévus par la réglementation)
Prothèses mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors auditive, dentaire et optique)	25 €/an/ bénéficiaire	35 €/an/ bénéficiaire	50 €/an/ bénéficiaire
Transport remboursé par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR (SMR faible exclu)	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS	1 % PMSS /an/ bénéficiaire	2 % PMSS /an/ bénéficiaire	2 % PMSS /an/ bénéficiaire
Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non remboursés par la SS	2 % PMSS /an/ bénéficiaire	2 % PMSS/an/ bénéficiaire	2 % PMSS/an/ bénéficiaire
Dentaire			
Soins et prothèse 100 % Santé [3]	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (H.L.F)		
Soins pris en charge par la SS ne relevant pas du dispositif 100 % Santé	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par la SS	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses (limité à 3 prothèses définitives par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé), au-delà prise en charge du ticket modérateur [4]			
Panier maîtrisé [5] :	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (H.L.F)		
Panier libre [6] :	Actes remboursés par la Sécurité sociale		
Inlays-Onlays	125 % BR	150 % BR	300 % BR
Dents du sourire remboursées par la SS [7]	275 % BR	350 % BR	450 % BR
Dents de fond de bouche remboursées par la SS [8]	200 % BR	250 % BR	270 % BR
Inlays-core remboursés SS	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Soins prothétiques et Prothèses non remboursées SS (limité à 1 acte par année civile) [9]	-	-	300 € par acte (bridges fixes définitifs)
Implants (limité à 2 implants par année civile et par bénéficiaire)	5,6 % PMSS	7 % PMSS	10,5 % PMSS
Piliers implantaires (limité à 2 piliers implantaires par année civile et par bénéficiaire)	2,4 % PMSS	3 % PMSS	4,5 % PMSS
Désobturation endodontique (max 2 actes tous les 3 ans/ bénéficiaire)	2 % PMSS/acte	2,5 % PMSS/acte	2,5 % PMSS/acte

	Socle	R1 ou Socle + Option 1	R2 ou Socle + Option 2
Optique			
Equipement 100 % Santé – verres et/ou monture de classe A [10] :			
Verres adulte (et enfant 16 ans et plus) [11]	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Verres enfant (de moins de 16 ans) [11]	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Monture adulte (et enfant 16 ans et plus) [11]	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Monture enfant (de moins de 16 ans) [11]	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'appairage (remboursée SS) pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Supplément pour verres avec filtres de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Panier libre – verres et/ou monture de classe B [12] :			
Monture adulte (et enfant 16 ans et plus) [11]	80 €	100 €	100 €
Monture enfant (de moins de 16 ans) [11]	60 €	85 €	100 €
Verres adulte (et enfant 16 ans et plus) [11]	Voir grille optique Socle	Voir grille optique Socle + OPTION 1	Voir grille optique Socle + OPTION 2
Verres enfant (de moins de 16 ans) [11]	Voir grille optique Socle	Voir grille optique Socle + OPTION 1	Voir grille optique Socle + OPTION 2
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
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	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséioniques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	100 % BR+ 3 % PMSS/an/ bénéficiaire	100 % BR+ 3 % PMSS/an/ bénéficiaire	100 % BR+ 5 % PMSS/an/ bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)		3 % PMSS/an/ bénéficiaire	5 % PMSS/an/ bénéficiaire
Chirurgie réfractive	10 % PMSS / œil	22 % PMSS / œil	35 % PMSS / œil
Aides auditives			
Equipement 100 % Santé [13]	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement du panier libre [14]	100 % BR/appareil	150 % BR/appareil	150 % BR + 25 % PMSS/appareil
Entretien/réparations/ Piles et autres consommables [15]	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prévention, médecines douces et autres frais			
Forfait de cures thermales (hors thalassothérapie) remboursées par la SS	100 % BR	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 7 % PMSS
Forfait maternité [16]	-	-	500 €
Télésurveillance médicale remboursée SS (Dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la SS)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Socle	R1 ou Socle + Option 1	R2 ou Socle + Option 2
Médecines douces non remboursées par la SS : Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrit au répertoire RPPS pour les professionnels concernés (ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, psychologues, podologues, psychomotriciens). Sur présentation de la facture nominative acquittée précisant le numéro RPPS identifiant le professionnel concerné ou le diplôme dans la spécialité.	35 €/séance maxi 2 séances/an/ bénéficiaire	35 €/séance maxi 3 séances/an/ bénéficiaire	35 €/séance maxi 5 séances/an/ bénéficiaire
Dietéticien	25 €/séance maxi 2 séances/an/ bénéficiaire	25 €/séance maxi 2 séances/an/ bénéficiaire	25 €/séance maxi 2 séances/an/ bénéficiaire
Ostéodensitométrie remboursée par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie non remboursée par la SS	-	25€ /an / bénéficiaire	25€ /an / bénéficiaire
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Traitement anti-tabac prescrit et non remboursé par la S.S.	1,5 % PMSS/an/ bénéficiaire	2 % PMSS/an/ bénéficiaire	4 % PMSS/an/ bénéficiaire
Assistance	OUI	OUI	OUI

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, l'organisme assureur rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire.

FR : frais réels

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

D.P.T.M (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-ACO

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée – Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

SS : Sécurité sociale (Régime général – Alsace Moselle – Agricole)

€ : Euro

SMR : Service médical rendu

(*) Tel que défini réglementairement.

(**) Dispositifs définis par la réglementation comprenant la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

(***) 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).

[1] Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Dans le cadre du régime Alsace-Moselle, le forfait est pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale.

[2] Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste « Aide auditive ».

[3] Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement. Prise en charge dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

[4] Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixes / Réparation sur prothèses.

[5] Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement. Prise en charge dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

[6] Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement. Prise en charge dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

[7] Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45.

[8] Dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48.

[9] : Les 2^e et 3^e inters du bridge ne sont pas remboursables.

[10] Equipements 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.

[11] La périodicité minimale du renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (une monture et 2 verres) est fixée à 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus et 1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans. 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.

Un renouvellement anticipé des verres et de la monture sera possible dès 1 an en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières.

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. 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.

[12] Equipements 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.

[13] Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
La durée de garantie et la durée minimale avant renouvellement de la prise en charge par l’organisme complémentaire est fixée à 4 ans (ce délai s’entendant pour chaque oreille indépendamment).

[14] Equipements 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).
La durée de garantie et la durée minimale avant renouvellement de la prise en charge par l’organisme complémentaire est fixée à 4 ans (ce délai s’entendant pour chaque oreille indépendamment).

[15] Pour les piles, la garantie s’applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l’arrêté du 14.11.2018.

[16] Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

Tableaux des garanties : grille optique

Type de verre (par verre)	Socle		R1 ou Socle + Option 1		R2 ou Socle + Option 2	
	Enfant [1]	Adulte [2]	Enfant [1]	Adulte [2]	Enfant [1]	Adulte [2]
Verre simple*	40 €	40 €	90 €	100 €	100 €	110 €
Verre complexe**	130 €	150 €	150 €	170 €	190 €	220 €
Verre très complexe***	180 €	180 €	250 €	250 €	330 €	330 €
Monture panier libre Garantie	60 C	80 €	85€	100 €	100 €	100 €

***Simple**
Verres unifocaux sphériques sphère entre -6 et +6 [3],
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre -6 et 0 et cylindre <= +4
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre <=+6

****Complexe**
Verres unifocaux sphériques sphère hors zone -6 à +6
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre 6 et 0 et cylindre> +4
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre> +6
Verres multifocaux ou progressifs sphériques entre 4 et +4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre -8 et 0 et cylindre≤+4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre ≤+8

*****Très complexe**
Verres unifocaux sphérique hors zone -4 à +4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques sphère entre- 8 et 0 et cylindre >+4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques sphère < 8 et dont le cylindre ≥ +0,25
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre >+8

[1] Enfant de moins de 16 ans
[2] Adulte (et enfant de 16 ans et plus)
[3] Le verre neutre est compris dans cette classe.