

# Tableau des garanties

## Base + options 1 et 2

**CCN des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie (IDCC 1747)**

**CCN des Œufs et produits d'œufs (Brochure n° 3184 – IDCC 2075)**

Pour le régime de base : 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.

Pour les options 1 et 2 : les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des remboursements versés par la Sécurité sociale et ceux versés au titre du régime de base, 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.

CCAM : Classification commune des actes médicaux.

DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO: OPTAM: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique.

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PLV : Prix limite de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

RSS : Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'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).

## Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
<b>En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité</b>			
Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	300 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant	Néant
Honoraires : Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	150 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	Néant
Chambre particulière	35 €/jour	40 €/jour	55 €/jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	35 €/jour	35 €/jour	40 €/jour

## Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	Néant	Néant

## Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)			
	Base	Option 1	Option 2	
<b>Honoraires médicaux remboursés par la Sécurité sociale</b>				
Généralistes (Consultations et visites)	Médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	150 % BR	300 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	150 % BR	300 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	150 % BR	300 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	150 % BR	300 % BR
	Médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux non remboursés par la Sécurité sociale</b>				
Densitométrie osseuse	Néant	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 100 € par année civile	
<b>Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie</b>				
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	45 € par acte limité à 3 actes/an	5 € par acte limité à 3 actes/an	10 € par acte limité à 3 actes/an	
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	125 % BR	125 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	125 % BR	

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Médicaments</b>			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	Néant	Néant
Non remboursés Sécurité sociale			
Contraception prescrite <sup>(1)</sup>	1 % du PMSS	1 % du PMSS	1 % du PMSS
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>			
Remboursée Sécurité sociale (dont vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits) <sup>(2)</sup>	100 % BR	Néant	Néant
Non remboursée Sécurité sociale			
Vaccins anti grippe et autres	Forfait de 50 €/an	Forfait de 100 €/an	Forfait de 200 €/an
Sevrage tabagique	1 % du PMSS	Néant	Néant
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR +1000 €	Néant	Néant
<b>Actes de prévention remboursés Sécurité sociale</b>			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	Néant	Néant

(1) Pilule et implant; contraception d'urgence avec facture et sans prescription: pilule du lendemain.

(2) Antiamarile (fièvre jaune) / Encéphalite à tiques / Encéphalite japonaise / Hépatite A / Méningite à méningocoques (cérébro-spinale) / Rage / Typhoïde / Médicaments de lutte contre le paludisme.

## Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	Néant	Néant
Équipements libres <sup>(4)</sup>			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(3)</sup>	225 % BR	30 % BR	40 % BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>	120 % BR	30 % BR	40 % BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	100 % BR	Néant	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) Équipements 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

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>			
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	Néant	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
<b>Prothèses</b>			
<b>Panier maîtrisé <sup>(2)</sup></b>			
Inlay simple, onlay	100 % BR dans la limite des HLF	75 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF
Inlay core	200 % BR dans la limite des HLF	75 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR dans la limite des HLF	75 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF
<b>Panier libre <sup>(3)</sup></b>			
Inlay simple, onlay	100 % BR	75 % BR	200 % BR
Inlay core	200 % BR	75 % BR	200 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR	75 % BR	200 % BR
<b>Soins</b>			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	Néant	Néant
<b>Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale</b>			
Orthodontie	180 % BR	75 % BR	100 % BR
<b>Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale</b>			
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	100 % BR	Néant	Néant
Implants dentaires (la garantie « implantologie <sup>(5)</sup> » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 200 €/an	Crédit de 250 €/an	Crédit de 400 €/an
Parodontologie <sup>(4)</sup>	Crédit de 200 €/année civile	Crédit de 50 €/an	Crédit de 100 €/an
Orthodontie	110 % BR	75 % BR	225 % 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) La garantie « parodontologie » comprend les actes suivants : HBAA338, HBFA003, HBFA004, HBFA005, HBFA006, HBFA007, HBFA008, HBFA012, HBFA013, HBGB001, HBGB006, HBJA003, HBLD050, HBLD051, HBLD052, HBLD053, HBMA001, HBMA003, HBMA004, HBMA006, HBMD018, HBQD001, LBGD001, HBBA002, HBBA003, HBBA004, HBED023, HBED024, HBGB002, HBGB003, HBGB004, HBGB005, HBJB001, HBJD001.

(5) La garantie « implantologie » comprend les actes suivants qui couvrent la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier) : LBLD004, LBLD010, LBLD013, LBLD015, LBLD020, LBLD025, LBLD026, LBLD038, LBLD066, LBLD075, LBLD117, LBLD200, LBLD261, LBLD281, LBLD294.

## Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>			
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Verres de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
<b>Équipements libres <sup>(3)</sup></b>			
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	85 €	15 €	15 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(2)</sup>	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de 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	100 % BR dans la limite des HLF	Néant	Néant
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 B	100 % BR dans la limite des HLF	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	Néant	Néant
<b>Autres dispositifs médicaux</b>			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 5 % PMSS par an	3 % PMSS par an	3 % PMSS par an
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	7 % du PMSS par an	1,5 % PMSS par an	1,5 % PMSS par an
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 7 % du PMSS/an et par œil	Néant	Néant

- (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.

(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 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 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.

(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.

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)		
			Base	Option 1 (En complément SS)	Option 2 (En complément SS)
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Adulte et enfant de 16 ans et +	Adulte et enfant de 16 ans et +
Unifocaux	Sphériques	SPH de -6 à +6 (*)	85	51	51
		SPH < à -6 ou > à +6	85	51	51
	Sphéro cylindriques	SPH de -6 à 0 et CYL ≤ +4	85	51	51
		SPH > 0 et S ≤ +6	85	51	51
		SPH > 0 et S > +6	85	51	51
		SPH < -6 et CYL ≥ +0,25	85	51	51
		SPH de -6 à 0 et CYL > +4	85	51	51
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de -4 à +4	85	51	51
		SPH < à -4 ou > à +4	85	51	51
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ +4	85	51	51
		SPH > 0 et S ≤ +8	85	51	51
		SPH de -8 à 0 et CYL > +4	85	51	51
		SPH > 0 et S > +8	85	51	51
		SPH < -8 et CYL ≥ +0,25	85	51	51

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

## Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
<b>Cure thermale remboursée Sécurité sociale</b>			
Frais de traitement et honoraires	Néant	Néant	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	Néant	Néant	200 €
<b>Forfait maternité</b>			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	100 €	150 €	250 €
<b>Garantie assistance</b>			
Assistance	Néant	Néant	Néant

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.