



Résumé de garanties

CCN des Pompes Funèbres

(IDCC 759 / Brochure 3269)

Ensemble du personnel

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.

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

DPTM (Dispositifs 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 limites 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 application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité^(*)		
Frais de séjour	100 % FR dans la limite de 400 % BR	90 % FR dans la limite de 360 % BR (au minimum 100 % BR)
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes lourds	100 % FR ^(**)	
Honoraires		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	400 % BR 200 % BR
Chambre particulière ^(***)	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS (limite ramenée à 45 € en ambulatoire)	90 % FR dans la limite de 3 % PMSS (limite ramenée à 45 € en ambulatoire)
Frais d'accompagnement		
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	100 % FR dans la limite de 2 % PMSS par jour	90 % FR dans la limite de 2 % PMSS par jour

(*) La prise en charge des frais inhérents à :

- des soins de suite ou de réadaptation pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre de séjours consécutifs à une hospitalisation,
- des séjours en établissement psychiatrique pris en charge par la Sécurité sociale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier hospitalier. Au-delà de 30 jours, la garantie est limitée à 100 % de la BR.

(**) 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.

(***) Montant par jour dans la limite de 15 jours par séjour.

Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé SS	100 % BR

Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux		
Remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	170 % BR 150 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	170 % BR 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	400 % BR 200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	600 % BR 200 % BR
Non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI, RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		1 % PMSS par séance, dans la limite de 2 séances par année civile
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		110 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments		
remboursés SS		
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, y compris les vaccins remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)		
Remboursés SS		
		100 % BR
Non remboursés SS		
Vaccins prescrits		Crédit de 6 % PMSS par année civile
Sevrage tabagique		Crédit de 30 € par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		345 % BR
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale		une fois dans le vie du contrat par bénéficiaire et dans la limite de 100 €
Forfait actes lourds		
		100 % FR (*)
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation (dont dépistage de l'hépatite B)		100 % BR
Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum)		170 % BR
Séances d'activité physique adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant et dispensées par l'un des professionnels visés à l'article D1172-2 du code de la santé publique.		Crédit de 200 € par année civile

(*) 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.

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Equipements 100 % Santé (*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale , dans la limite des PLV (**)	
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)		
Equipements libres (***)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	1300 € (**)	
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)	1700 € (**)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100 % BR	

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) 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).

(***) 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).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale , dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé (**)		
Inlay , onlay	250 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	250 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	370 % BR dans la limite des HLF	
Panier libre (***)		
Inlay , onlay	250 % BR	
Inlay core	250 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	370 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs , chirurgicaux ou de prévention	170 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	350 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires , pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 322 , 50 € par année civile	
Parodontologie	Crédit de 500 € par année civile	
Orthodontie pour des soins débutés entre 16 et 30 ans	260 % BR reconstituée (par semestre) , dans la limite de 4 semestres consécutifs	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Equipements 100 % Santé (*)		
Monture de classe A Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale , dans la limite des PLV	
Monture de classe A Enfant - de 16 ans (**)		
Verres de classe A Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A Enfant - de 16 ans (**)		
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	
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	
Equipements libres (***)		
Monture de classe B Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100 €	
Monture de classe B Enfant - de 16 ans (**)	90 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après , en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
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	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 B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale	Crédit de 5 % PMSS par année civile (et au minimum 100 % BR)	
Lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 8 % PMSS par année civile	

(*) 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.

(**) 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.

(***) 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.

Grille optique « verres de classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Enfant - 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	60 €	90 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 €	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €	100 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	70 €	100 €
		SPH > 0 et S > + 6	70 €	100 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0, 25	90 €	120 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	160 €	
Progressifs et Multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	170 €	250 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	190 €	270 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	200 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	200 €	300 €
		SPH > 0 et S > + 8	200 €	300 €
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0, 25	200 €	300 €	

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

Autres frais

Natures de frais	Niveaux d'indemnisation
Cure thermale remboursée SS (*)	
Frais de traitement et honoraires	Crédit de 16 % PMSS par année civile
Frais de voyage et hébergement	
Cure thermale non remboursée SS (*)	
Frais de traitement et honoraires	Crédit de 13 % PMSS par année civile
Frais de voyage et hébergement	
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	17,5 % PMSS

(*) Il s'agit de la cure thermale non prise en charge par la Sécurité sociale mais prescrite par un médecin dans le cadre d'une maladie chronique et ayant fait l'objet d'un refus de la part de la Sécurité sociale (les frais de thalassothérapie ne sont pas pris en charge). La cure thermale en question doit être prescrite pour des besoins thérapeutiques en lien avec une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) visée(s) dans le cadre des affections de longue durée (ALD) exonérantes (ALD sur liste dite « ALD 30 », ALD hors liste dite « ALD 31 », polypathologies dites « ALD 32 ») ou affections de longue durée (ALD) non exonérantes.