

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES PROFESSIONS DE LA PHOTOGRAPHIE

Brochure n° 3150 - IDCC 3168

AVENANT N°2 DU 11 SEPTEMBRE 2019

relatif au régime de « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » des salariés

PREAMBULE :

Les parties signataires réunies en Commission Paritaire le 26 juin 2019 sont convenues de modifier le texte de l'Accord collectif, concernant le régime complémentaire de frais de santé.

Considérant la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100% santé ») ;

Considérant le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le décret n° 2019-65 du 31/01/2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;

Considérant que la réforme dite « 100% santé » entre en vigueur, pour les soins d'optique médicale et dentaire au 1^{er} janvier 2020 et pour les soins d'audiologie au 1^{er} janvier 2021, le présent avenant s'applique sans préjudice des dispositions prévues par les précédents avenants, notamment l'avenant n°1 signé le 2 juillet 2015. Dès lors, et à compter du 1^{er} janvier 2020, les dispositions de ce présent avenant prévaudront sur celles des avenants précédemment signés (et ce, même si l'extension survenait postérieurement à l'extension de ce présent avenant).

Considérant qu'il est rappelé que conformément à l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B /SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, le respect de la date de mise en conformité est à apprécier, pour les accords de branche, à la date de dépôt de la demande d'extension.

Article 1 : Modification du régime frais de santé

- Modification de l'annexe

L'annexe définissant les garanties du régime frais de santé est modifiée afin de tenir compte :

- De la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100% santé ») ;
- Du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et du décret n° 2019-65 du 31/01/2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.

- Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction des résultats du régime.

Handwritten signatures in blue ink, including a large stylized signature, the initials 'PP', and another signature.

Handwritten signature in black ink, possibly 'AR'.

Article 2 : Date d'entrée en vigueur

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2020.

En tout état de cause, l'ensemble des dispositions prévues par le présent avenant prévalent sur l'avenant précédemment signé.

Article 3 : Extension du présent avenant - Publicité

Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L.2231-6 ; L.2261-1 ; L.2262-8 et D.2231-2 du code du travail.

L'extension du présent avenant sera demandée en application des articles L.2261-15 ; L.2261-24 et L.2261-25 du code du travail.

Suivant les dispositions de l'article L.2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L.2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel, que soit leur effectif.

Fait à Paris, le 11/09/2019

Entre, d'une part :

La Fédération Nationale de la Photographie
28, rue du Maréchal Leclerc
49400 SAUMUR

Et d'autre part,

Fédération des Employés et Cadres
CGTFO
54, rue d'Hauteville
75010 Paris

Fédération CGT Commerce Distribution Services
Case 425
93514 MONTREUIL Cedex

UNSA
Union Nationale des Syndicats Autonomes
Spectacle et Communication
21 rue Jules Ferry
93170 Bagnolet

Fédération des Services CFDT
Tour Essor
14, rue Scandicci
93508 PANTIN Cedex

Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce et des Services
CFE-CGC
9, rue de Rocroy
75010 PARIS



ANNEXE

GARANTIES A EFFET AU 01/01/2020

BASE SALARIES ET AYANTS DROIT

Chaque salarié, ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

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.

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour	150 % BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
Chambre particulière	70 € par jour	
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	40 € par jour	


TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR


 

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
↳ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR	
↳ non remboursés SS			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité, ⁽¹⁾		20 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR	
Médicaments :			
↳ remboursés SS		100 % BR	
↳ non remboursés SS			
Contraception prescrite		Crédit de 50 € par année civile	
Pharmacie (hors médicaments) :			
↳ remboursée SS		100 % BR	
↳ non remboursée SS			
Vaccins contre la grippe		100 % FR	
Autres vaccins prescrits		Crédit de 20 € par année civile	
Sevrage tabagique		Crédit de 75 € par année civile	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		125 % BR + Crédit de 150 € par année civile	
Prothèses externes liées au traitement du cancer		RSS + 400 € limité à 1 acte par année civile	
Fauteuil pour handicapés physiques		RSS + 750 € limité à 1 acte par année civile	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR	



 11







AIDES AUDITIVES

Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100 % BR + 500 € limité à 1 acte par année civile	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	
A COMPTER DU 1.01.2021		
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} 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 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 500 € (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 300 € (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	

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

(**) 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 1.01.2021)

AA

PPA

PP

DENTAIRE

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	100% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	300% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR dans la limite des HLF	
↳ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100% BR	
Inlay core	300% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	300% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	Crédit de 100€ par année civile	
Orthodontie	Crédit de 200€ par année civile	

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

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

(***) Soins prothétiques et prothèses 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 (2) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		70 €
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		50 €
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		Voir grille optique
Verres de classe B : Enfant de - 16 ans (**)		Voir grille optique
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
Suppléments pour verres avec filtres de classe B		100% BR dans la limite des PLV
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS		100 % BR + Crédit de 100 €
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Crédit de 200 € par œil et 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B

BA

PP

4

A

(**) 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 L165-1 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 :

B9 A PP H

AR

- 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)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	50€	40€
		SPH < à -6 ou > à + 6	80€	75€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50€	40€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	50€	40€
		SPH > 0 et S > + 6	80€	75€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	80€	75€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	80€	75€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	110€	75€
		SPH < à -4 ou > à + 4	150€	75€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	110€	75€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	110€	75€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150€	75€
		SPH > 0 et S > + 8	150€	75€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	150€	75€

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	300 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré ⁽¹⁾	Forfait de 200 €

(1) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

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.

Handwritten signatures and initials: A, PP, and others.

GARANTIES A EFFET DU 1/01/2020

POSTES	PRESTATIONS
DENTAIRE	
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie.</p> <p>Promotion des consultations à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie "M'T Dents" ⁽¹⁾.</p> <p>Prise en charge des frais engagés, sous réserve que la garantie soit souscrite au contrat frais de santé cf tableau des garanties.</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.</p> <p>(1) à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.</p>
ACTES MEDICAUX	
Actes d'imagerie médicale	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM).</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).</p>
Programme d'accompagnement pour lutter contre les récurrences de cancers	<p>Prise en charge d'un programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p>
DIVERS	
Bilan personnel	<p>Prise en charge d'un bilan personnel en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.</p>

ABREVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

€ : Euro

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

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

Handwritten signatures and initials in blue ink:
 BA, A, PP, A

Handwritten signature in blue ink: AR

OPTION 1 CONFORT

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+ 50 % BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 100 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		+ 70 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		+ 10 € par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 10 € par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	+ 50 % BR




PP



SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
v remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
v non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité,	+ 20 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	+ 50 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
v non remboursée SS		
Autres vaccins prescrits	+ Crédit de 20 € par année civile	
Sevrage tabagique	+ Crédit de 20 € par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ 50 % BR + Crédit de 50 € par année civile	
Prothèses externes liées au traitement du cancer	+ 100 € limité à 1 acte par année civile	
Fauteuil pour handicapés physiques	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	
A COMPTER DU 01.01.2021		
Equipements libres (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 50 € (*)	

(*) 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.

B

pl

ef

A

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
↳ Panier maîtrisé (*)		
Inlay core	+ 100 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 100 % BR dans la limite des HLF	
↳ Panier libre (**)		
Inlay core	+ 100 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 50 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	+ Crédit de 50 € par année civile	
Orthodontie	+ Crédit de 50 € par année civile	

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (*)	+ 30 €	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	+ 50 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (*)	Voir grille optique (**)	
Verres de classe B : Enfant de - 16 ans (*)	Voir grille optique (**)	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 100 € par œil et par année civile	

Handwritten marks: a stylized signature and the number 4.

Handwritten marks: a stylized signature and the letters 'PP'.

Handwritten initials 'AR'.

(*) 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 L165-1 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)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	30€	20€
		SPH < à -6 ou > à + 6	30€	30€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	30€	20€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	30€	30€
		SPH > 0 et S > + 6	30€	30€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	30€	30€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	30€	30€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	30€	30€
		SPH < à -4 ou > à + 4	30€	30€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	30€	30€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	30€	30€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	30€	30€
		SPH > 0 et S > + 8	30€	30€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	30€	30€

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

B *14*

A *pp*

AR

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	+ 50 % BR

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.

ABREVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

€ : Euro

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

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

Handwritten signatures and initials in blue ink:
 A stylized signature on the left, the letters "PP" in the middle, and another stylized signature below.

Handwritten signature in blue ink at the bottom left.

OPTION 2 SUMMUM

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+ 150 % BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 150 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)		+ 70 % BR	
Autres honoraires			
Chambre particulière		+ 20 € par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 20 € par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	+ 100 % BR

B

PP

M

A

AR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
↳ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 50 % BR + 50 % BR
↳ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité,	+ 30 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	+ 100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	+ 50 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
↳ non remboursée SS		
Autres vaccins prescrits	+ Crédit de 30 € 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)	+ 100 % BR + Crédit de 100 € par année civile	
Prothèses externes liées au traitement du cancer	+ 150 € limité à 1 acte par année civile	
Fauteuil pour handicapés physiques	+ 50 € limité à 1 acte par année civile	

AIDES AUDITIVES		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	+ 100 € limité à 1 acte par année civile	
A COMPTER DU 1.01.2021		
Equipements libres ^(*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	+ 100 € (*)	

(*) 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.

BP
PR
A

AR

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
↳ Panier maîtrisé (*)		
Inlay core	+ 150 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 150 % BR dans la limite des HLF	
↳ Panier libre (**)		
Inlay core	+ 150 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaire	+ 150 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 100 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	+ Crédit de 75 € par année civile	
Orthodontie	+ Crédit de 100 € par année civile	

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (2) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (*)	+ 30 €	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	+ 50 €	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (*)	Voir grille optique (****)	
Verres de classe B : Enfant de - 16 ans (*)	Voir grille optique (***)	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 200 € par œil et par année civile	

(*) 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 L165-1 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.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten initials AR

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)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	40€	30€
		SPH < à - 6 ou > à + 6	40€	40€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	40€	30€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	40€	40€
		SPH > 0 et S > + 6	40€	40€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	40€	40€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	40€	40€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	40€	40€
		SPH < à - 4 ou > à + 4	40€	40€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	40€	40€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	40€	40€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	40€	40€
		SPH > 0 et S > + 8	40€	40€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	40€	40€

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	+ 100 % BR
Frais de voyage et hébergement	+ 50 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré ⁽¹⁾	+ 100 €

(1) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

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.

ABREVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

€ : Euro

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

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

Handwritten signatures and initials: BA, PP

Fait à Paris, le 11 septembre 2019.

Suivent les signatures ci-dessous :

Fédération Nationale de la Photographie
28, rue du Maréchal Leclerc
49400 Saumur

Philippe PAILLAT




Adrien GUELEC

Bruno RAYEN



ROBEUINI Audrey



Fédération des Services CFDT
Tour Essor
14, rue Scandicci
93508 PANTIN Cedex

Fédération Nationale de l'Encadrement du
Commerce et des Services CFE-CGC
9, rue de Rocroy
75010 PARIS

Fédération CGT Commerce Distribution
Services
Case 425
93514 MONTREUIL Cedex

Fédération des Employés et Cadres
CGTFO
54, rue d'Hauteville
75010 PARIS

UNSA Spectacle et Communication
21, rue Jules Ferry
93170 Bagnolet

