

CDNA

Accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche des commerces de détail non alimentaires (IDCC 1517)

(Étendu par arrêté ministériel du 11 décembre 2015, publié au JORF du 23 décembre 2015. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016 pour une durée indéterminée. Version en vigueur le 1^{er} mai 2024, avec l'entrée en application de l'avenant n° 10 du 3 octobre 2023.)

Préambule

(Modifié par l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020.)

- Considérant la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 qui instaure la généralisation de la couverture complémentaire santé à partir du 1^{er} janvier 2016,
- Considérant le périmètre de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires – IDCC 1517 – composé essentiellement de très petites entreprises, 95 % des entreprises de la branche ont en effet un effectif inférieur à 10 salariés,

Les signataires du présent accord partagent la conviction que ces entreprises doivent être accompagnées pour assurer la mise en place d'une couverture collective minimale des frais de santé (soins médicaux courants, forfait journalier hospitalier, soins dentaires, forfait optique...).

Le présent accord permet de garantir l'exécution d'une couverture santé minimum identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et donne la priorité aux dépenses de santé les plus courantes.

Les signataires conviennent que sa mise en œuvre par les organismes prestataires choisis est à même d'une part de garantir la solidarité entre toutes les entreprises de la branche et d'autre part de permettre aux partenaires sociaux de s'engager vers une véritable politique de protection sociale et d'en assurer le suivi.

Les dispositions suivantes présentent les éléments caractéristiques du régime de complémentaire santé qui répond à un objectif de mutualisation des risques au niveau de la branche afin de pallier les difficultés rencontrées par les entreprises, notamment les TPE, pour cette mise en œuvre.

Le régime défini par les signataires consacre une part de son budget à l'action sociale et à la prévention des risques adaptée aux métiers de la branche.

Chaque entreprise pourra solliciter le prestataire de son choix pour souscrire la couverture d'assurance ainsi définie. Elle doit en financer au moins la moitié du coût, quelle que soit sa taille.

Article 1. Champ d'application

(Modifié par l'avenant n° 3 du 11 décembre 2015.)

Le régime complémentaire santé mis en place dans la branche s'applique à toutes les entreprises relevant de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires, IDCC 1517.

Les entreprises peuvent améliorer le niveau de garanties et de prise en charge de la cotisation par l'employeur en formalisant un acte de droit du travail dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 CSS.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et à l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989 (loi ÉVIN), les salariés peuvent être dispensés à leur demande de l'obligation d'affiliation, lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés.

Article 2. Bénéficiaires

La complémentaire santé est obligatoire pour tous les salariés à l'exception, le cas échéant, de ceux qui peuvent être dispensés d'affiliation dans les conditions exposées à l'article 3 du présent accord.

Elle s'applique d'une manière identique à l'ensemble des salariés de l'entreprise sans distinction de catégories, de niveau hiérarchique, ou de sexe.

Article 3. Dispense d'affiliation

(Modifié par l'avenant n° 3 du 11 décembre 2015.)

Peuvent à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'adhérer au présent régime frais de santé, conformément aux dispositions réglementaires, en fournissant les justificatifs correspondants et à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande :

- les salariés en contrat à durée déterminée et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail au moins égal à 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois, sans aucune condition particulière ;
- les apprentis et salariés à temps partiel dont la cotisation excède 10 % de leur rémunération brute ;

- les salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés bénéficiant d'un contrat individuel à la date de mise en place ou d'embauche peuvent être dispensés d'adhésion jusqu'à l'échéance annuelle de leur contrat ;
- les salariés à employeurs multiples qui bénéficient déjà par ailleurs pour les mêmes risques, d'une couverture collective obligatoire instaurée par leur employeur. La preuve de cette couverture doit être apportée chaque année ;
- les salariés bénéficiant du dispositif de leur conjoint, si l'adhésion des ayants droit est prévue à titre obligatoire par ce dispositif, peuvent être dispensés d'adhésion. La preuve de cette couverture doit être apportée chaque année ;
- les salariés bénéficiant du régime local d'Alsace-Moselle sous réserve de l'application des dispositions de l'article 5 du présent accord.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Les salariés concernés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord ou à l'embauche du salarié concerné si elle est postérieure à cette mise en place. À défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

Réserve de l'arrêté d'extension (avenant n° 3 du 11 décembre 2015) : « Le quatrième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve des dispositions de l'article D. 911-5 du code de la sécurité sociale. » (Arrêté d'extension du 21 février 2017. – Art. 1.)

A noter : L'article D. 911-5 du code de la sécurité sociale stipule que les demandes de dispenses doivent être formulées : 1° au moment de l'embauche ou 2°, si elles sont postérieures, a) à la date de mise en place des garanties ou b) à la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° de l'article D. 911-2.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

Article 4. Organismes recommandés par la branche

(Article non applicable. Abrogé par l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020.)

Après le lancement d'un appel à la concurrence sur le cahier des charges défini par les partenaires sociaux, un ou des organismes référents ont été choisis et sont recommandés aux entreprises de la branche qui décideront de souscrire la couverture santé mutualisée au sein de la branche.

Un avenant au présent accord déterminera le ou les organismes choisis par les partenaires sociaux.

Article 5. Financement du régime et garanties versées aux bénéficiaires

(Modifié par l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020.)

Le régime de branche frais de santé comprend deux différents niveaux de garanties :

- le régime de base obligatoire ;
- le régime optionnel, avec un niveau de garanties supérieur à la base, pour les salariés des entreprises adhérentes souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base.

À noter : L'avenant n° 7 du 9 juillet 2020 a créé un second niveau de régime optionnel : « Une nouvelle option 2, à adhésion facultative pour les salariés de la branche, est créée, améliorant l'ensemble du dispositif. »

● 5.1. Cotisation mensuelle de base

(Modifié par l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020.)

La cotisation mensuelle est prise en charge à hauteur d'au moins 50 % par l'employeur. Cette contribution de l'employeur porte exclusivement sur le régime de base obligatoire. Elle est fixée à un taux uniforme pour l'ensemble des salariés.

La part salariale est prélevée sur la rémunération mensuelle de chaque salarié. Elle est dite « cotisation salarié ».

Conformément au décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés, pour les salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

● 5.2. Garanties de base

Le niveau des prestations respecte à minima le niveau des garanties instauré par le décret du 8 septembre 2014 et les contraintes du « contrat responsable » instaurées par les dispositions du décret du 18 novembre 2014.

Les prestations sont définies par avenant au présent accord.

● **5.3. Garanties optionnelles à la charge du salarié**

Le salarié pourra améliorer les prestations dont il bénéficie en souscrivant facultativement des garanties optionnelles.

Ces garanties sont intégralement financées par le salarié.

5.3.1. Ayants droit des assurés

(Modifié par l'avenant n° 8 du 6 octobre 2020.)

Dans le cadre de la mise en place du régime de base obligatoire pour les salariés, la couverture sera étendue facultativement au profit :

- **Du conjoint :**

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du code civil ;
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

- **Des enfants à charge :**

- les enfants de l'assuré ou ceux de son conjoint qui remplissent la condition suivante :
 - être âgés de moins de 16 ans, bénéficiant d'un régime de sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ;
 - être âgés de plus de 16 ans et de moins de 20 ans, bénéficiant d'un régime de sécurité personnel, sous réserve qu'ils soient à charge fiscalement de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à moins de 26 ans pour les enfants qui remplissent la condition suivante :

- s'ils poursuivent leurs études (secondaire ou supérieur), sous réserve qu'ils perçoivent une rémunération mensuelle inférieure ou égale à 55 % du SMIC et qu'ils soient à charge fiscalement de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Les coûts supplémentaires dus au titre des membres de la famille sont intégralement financés par le salarié.

5.3.2. Garanties optionnelles pour les ayants droit

Les signataires envisagent l'option et le tarif négocié pour les ayants droit. Ils s'engagent à examiner cette option « ayants droit » à l'issue de la première année de mise en place du régime de la branche. La négociation fera l'objet, le cas échéant, d'un avenant *ad hoc*.

● 5.4. Garanties en cas de suspension du contrat de travail

5.4.1. Suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, si celui-ci souhaite conserver cette couverture, à condition qu'il règle directement à l'organisme assureur par prélèvement automatique sur son compte bancaire, l'intégralité des cotisations (part patronale + part salariale).

5.4.2. En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisation à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 6. Portabilité de la complémentaire santé

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- 1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- 2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- 3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;



- 5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- 6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Article 7. Maintien des garanties

(Modifié par l'avenant n° 5 du 22 novembre 2017.)

Le régime frais de santé propose, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » et selon les modalités de la jurisprudence de février 2008 et de janvier 2009, un maintien des garanties pour :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit de l'assuré décédé, selon le principe de couverture automatique des enfants de parents isolés.

Les anciens salariés bénéficiant des dispositions d'un dispositif « article 4 loi Évin » ont le choix entre :

- une structure d'accueil comportant plusieurs formules, dont le choix revient à l'ancien salarié ;
- un maintien strictement à l'identique des garanties du régime conventionnel obligatoire souscrit par l'entreprise. Les garanties facultatives ne sont pas maintenues dans ce cadre.

Conformément à la législation en vigueur, les tarifs applicables, pour le salarié seul en cas de maintien à l'identique des garanties du régime conventionnel obligatoire souscrit par l'entreprise, sont plafonnés pour tous les contrats souscrits à compter du 1^{er} juillet 2017, selon les modalités suivantes :

- La première année, les cotisations ne peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La deuxième année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La troisième année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.
- Au-delà de la 3^e année, les tarifs seront revus en fonctions des résultats techniques du régime d'accueil.

Pour les conjoints, le tarif est égal à 150 % du tarif conjoint des actifs.

Les résultats techniques de ces maintiens de garanties sont mutualisés avec ceux des actifs.

Article 8. Action sociale de la branche – Solidarité – Prévention santé

(Modifié par l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020.)

Le présent accord instaure un régime frais de santé présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Conformément aux dispositions réglementaires, au moins 2 % des cotisations sont alloués au financement d'actions de prévention de santé publique et aux prestations d'action sociale des salariés des entreprises de la branche.

Toute assurance souscrite pour la couverture des garanties du régime complémentaire santé de la branche, doit ainsi impérativement prévoir la mise en œuvre d'actions présentant un degré élevé de solidarité, notamment afin d'accompagner les salariés des entreprises de la branche dont la situation professionnelle est précaire ou fragile, et afin de déployer un dispositif de prévention des risques.

Article 9. Accompagnement des entreprises et des salariés

• 9.1. Notice d'information individuelle

L'employeur informe chaque salarié bénéficiaire de la complémentaire santé ainsi que tout nouvel embauché. À cette fin, il leur remettra une notice d'information détaillée résumant l'ensemble des garanties et leurs modalités d'application.

De la même manière, les salariés sont tenus informés de toute évolution future des garanties.

Article 10. Évolution des garanties du régime obligatoire

(Modifié par l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020.)

À tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes du présent accord. Une information générale sera effectuée auprès des employeurs et des salariés de la profession.

Article 11. Suivi de l'accord

La commission paritaire nationale assure le suivi de l'accord.

Elle se réunit au moins une fois par semestre pour examiner et suivre le régime, ainsi que le faire évoluer.

Article 12. Modalités de révision et dénonciation

Les modalités de révision et dénonciation sont fixées par les *articles 4 et 5 du chapitre I* « Clauses générales » de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires.

À noter : Les modalités de révision et de dénonciation sont visées au chapitre XIV de la convention collective nationale.

Article 13. Égalité professionnelle et salariale

Les signataires rappellent aux entreprises les dispositions de *l'article 6 du chapitre I* « Clauses générales ».

À noter : À la suite de la révision de la convention collective nationale, les dispositions en matière d'égalité professionnelle et salariale sont désormais visées par l'article 3 du chapitre I.

Le présent accord permet de garantir l'exécution d'une couverture santé minimum identique pour tous les salariés sans aucune discrimination.

Article 14. Durée et entrée en vigueur de l'accord

L'accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016 pour une durée indéterminée.

Article 15. Dépôt

Conformément aux articles L. 2231-6, L. 2231-7, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du ministre chargé du travail.

Article 16. Extension

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Avenant n° 1 – **Avenant n° 1 à l'accord du 22 juin 2015, définissant le financement du régime et les garanties versées aux bénéficiaires.**

Avenant n° 2 – **Avenant n° 2 à l'accord du 22 juin 2015, définissant l'organisme assureur référent recommandé dans la branche.**

Fait à Paris, le 22 juin 2015

SIGNATAIRES :

Pour les organisations patronales : Ensemble des organisations d'employeurs du Groupe des 10/CDNA.



Pour les organisations représentatives des salariés : Fédération des Syndicats CFTC Commerce, Services et Force de Vente – Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce et des Services / CFE-CGC – Fédération des Services CFDT.


ANNEXE 1.
Tableau des garanties Frais de santé – CCN CDNA (IDCC 1517)
– Ensemble du personnel

(Modifié par l'avenant n° 10 du 3 octobre 2023. Étendu par arrêté ministériel du 12 mars 2024, publié au JORF du 3 avril 2024. Entré en vigueur le 1^{er} mai 2024 pour une durée indéterminée.)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	130 % BR	140 % BR	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	110 % BR	120 % BR	130 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	150 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	130 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	120 % BR	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues pris en charge par la SS (10)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	-	-	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
(*) limité au forfait réglementaire en vigueur.			
Matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS – exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS – exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	300 % BR	400 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
(*) limité au forfait réglementaire en vigueur.			
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Forfait Patient Urgences**	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/J	2,5 % PMSS/J	4 % PMSS/J
Lit d'accompagnement – maxi 15 jours/an (3)	1 % PMSS/J	2 % PMSS/J	2 % PMSS/J
(*) limité au forfait réglementaire en vigueur. (**) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.			
OPTIQUE (4)			
Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins.			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres Équipements – Forfait pour deux verres et une monture			
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques – exemple : prisme, appairage			
Monture (5)	100 €	100 €	100 €
Forfait Verre à simple foyer (5) (verre unifocal), par verre	60 % BR + 60 €	60 % BR + 100 €	160 €
Forfait Verre complexe (5) (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre	60 % BR + 145 €	60 % BR + 200 €	300 €
Forfait Verre très complexe (5) (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre	60 % BR + 160 €	60 % BR + 275 €	350 €
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS (3) (6)	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B
Chirurgie réfractive (3)	300 €/A/B	600 €/A/B	1 000 €/A/B
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini Réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
Soins			
Soins du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlays du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	120 % BR	120 % BR	200 % BR
Prothèses			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Inlay-Core du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS (3)	200 €/A/B	325 €/A/B	400 €/A/B
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS	140 % BR	275 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS (3)	200 €/A/B	400 €/A/B	500 €/A/B
Parodontologie non prise en charge par la SS (3)	55 €/A/B	110 €/A/B	150 €/A/B
Forfait Implantologie (3)	165 €/A/B	330 €/A/B	400 €/A/B
AIDES AUDITIVES (7) Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	
Autres équipements			
Équipement de CLASSE II (8)			
Appareil auditif/oreille	550 €/oreille	850 €/oreille	1 000 €/oreille
Autres dispositifs auditifs			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PRÉVENTION			
Kit confort (3) (9) :			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	30 € par séance Maxi 2 séances /A/B	40 € par séance Maxi 3 séances /A/B	40 € par séance Maxi 4 séances /A/B

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
MATERNITÉ/CONTRACEPTION			
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	200 €/enfant	300 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS (3)	100 €/A/B	100 €/A/B	150 €/A/B

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : An | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour | **HLF** : Honoraire Limite de Facturation

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont 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 :

- **Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans,
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,
- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, 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 s'applique

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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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. 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.

À noter : Le renouvellement des équipements d'optique médicale s'effectue dans le respect des conditions prévues à l'article R. 872-1 du code de la sécurité sociale relatif au cahier des charges des contrats responsables. Par ailleurs, la date d'achat doit s'entendre au sens de « la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire », comme le stipule l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019.

(5) 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.

Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres Équipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(6) Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

À noter : Le renouvellement des équipements d'aide auditive s'effectue dans le respect des conditions prévues à l'article R. 872-1 du code de la sécurité sociale relatif au cahier des charges des contrats responsables. Par ailleurs, la date d'achat doit s'entendre comme « la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré », comme le stipule l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019.

(8) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

(9) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

(10) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.