

**ACCORD DU 31 MARS 2023 SUR LE REGIME FRAIS DE SANTE
DE LA BRANCHE PROFESSIONNELLE DE LA LIBRAIRIE (IDCC 3013)**

PREAMBULE

Par accord de branche du 2 juillet 2015 « relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé », les partenaires sociaux de la branche de la librairie ont mis en place un régime de remboursement des frais de santé. Cet accord a été renouvelé par avenant du 19 septembre 2017, étendu par arrêté du 9 mai 2018, puis complété à deux reprises :

- pour intégrer le « 100% santé » par avenant du 8 décembre 2020, étendu par arrêté du 21 février 2022,
- pour prendre en compte les conséquences de la loi dite « PUMA » sur la définition des ayants droit, par avenant du 26 janvier 2022, étendu par arrêté du 29 août 2022.

Tenant compte des évolutions législatives et réglementaires, et souhaitant rendre le régime plus attractif afin que les salariés soient mieux couverts, les partenaires sociaux de la branche ont décidé de mettre en place un nouvel accord reposant sur les mêmes principes que le précédent.

Ainsi, le présent accord institue, au profit des salariés des entreprises de la branche, de nouvelles dispositions améliorant les garanties, pour le régime collectif et obligatoire de remboursement des frais de santé, complémentaires à ceux effectués par le régime de base de Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie et de la maternité.

Les partenaires sociaux de la branche de la librairie souhaitent notamment améliorer les prises en charge par le régime dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'hospitalisation. Les nouvelles dispositions permettront de réduire le reste à charge pour les salariés dans ces trois domaines.

De plus, ils confirment leur attachement à un dispositif de degré élevé de solidarité afin notamment d'accompagner et apporter des aides supplémentaires aux salariés les plus en difficultés.

C'est dans ce cadre et selon ces principes que les partenaires sociaux ont mis en place les règles qui suivent. Elles annulent et remplacent l'accord de branche du 2 juillet 2015 et ses avenants.

ARTICLE 1. CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord est applicable à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la Convention collective nationale (CCN) de la Librairie (IDCC 3013).

ARTICLE 2. OBJET

Le présent accord définit les garanties et les cotisations relatives aux prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé.

L'accord définit trois niveaux de garanties :

1. Le premier niveau de garanties, dénommées ci-après « base conventionnelle », constitue le minimum obligatoire dont bénéficient les salariés. L'employeur devra, a minima, mettre en œuvre ces garanties « base conventionnelle » en souscrivant un contrat d'assurance conforme aux stipulations de l'accord, et en participant au financement du régime dans les conditions fixées à l'article 14 ci-après, soit en prenant en charge a minima 50% des cotisations.
2. En complément, les partenaires sociaux souhaitent que les garanties de ce régime « base conventionnelle » puissent être améliorées par l'accès à des couvertures additionnelles et optionnelles. Ainsi, deux niveaux de garanties additionnelles et optionnelles seront proposés, dénommés respectivement ci-après « confort » et « confort + ».
L'entreprise pourra souscrire à l'une des couvertures additionnelles « confort » ou « confort + », soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif. Lorsque l'option est prévue à titre facultatif, cela permet aux salariés de s'affilier ou non à ladite garantie en prenant les extensions à sa charge.

Quelle que soit la couverture choisie, base conventionnelle ou l'une des couvertures optionnelles, elle pourra être étendue aux ayants droit du salarié, soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif.

ARTICLE 3. BENEFICIAIRES A TITRE PRINCIPAL ET OBLIGATOIRE

Les salariés relevant du champ d'application de la CCN de la librairie, dont les apprentis, bénéficient a minima de la complémentaire frais de santé « base conventionnelle » sans condition d'ancienneté, dès leur premier jour d'embauche.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation.

Les salariés doivent être couverts obligatoirement par un dispositif conforme a minima aux garanties fixées dans la « Base conventionnelle » figurant en annexe du présent accord, sous réserve des dispenses admises en matière de remboursements des frais de santé et précisées à l'article 4 ci-après.

Peuvent également être bénéficiaires à titre obligatoire les ayants droit du salarié, si leur couverture a été étendue à titre obligatoire par l'employeur.

ARTICLE 4. DISPENSES D’AFFILIATION

ARTICLE 4.1 : CAS DE DISPENSE D’AFFILIATION DES BENEFICIAIRES A TITRE OBLIGATOIRE

Par dérogation à l’article 3 du présent accord prévoyant l’affiliation obligatoire de l’ensemble des salariés, les salariés se trouvant dans l’une des situations suivantes ont la possibilité de solliciter une dispense d’affiliation :

- les salariés qui bénéficient, au jour de l’entrée en vigueur de cet accord, au jour de l’adhésion de l’entreprise ou de leur embauche si elle est postérieure, de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Cette dispense n’est valable que jusqu’à l’échéance annuelle du contrat individuel. Ensuite, le salarié devra obligatoirement être affilié au régime ;
- les salariés couverts pour les mêmes risques à titre collectif et obligatoire par leur conjoint ;
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise. L’un des membres du couple peut alors être affilié en propre, l’autre en tant qu’ayant droit ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au jour de l’entrée en vigueur de cet accord ou de l’embauche si elle est postérieure. Cette dispense n’est valable que jusqu’à l’échéance du contrat individuel. Ensuite, le salarié devra obligatoirement être affilié au régime ;
- les salariés à employeurs multiples qui bénéficient d’une couverture collective et obligatoire du fait d’une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés ou apprentis sous contrat à durée déterminée d’une durée au moins égale à douze mois qui ont souscrit une couverture individuelle frais de santé par ailleurs ;
- les salariés ou apprentis sous contrat à durée déterminée d’une durée inférieure à douze mois, même s’ils ne bénéficient pas d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel ou apprentis n’ayant qu’un seul employeur, dès lors que la cotisation à leur charge est au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. La cotisation pour ces salariés peut être prise en charge par la solidarité du régime telle que prévue aux articles 5 et 12 du présent accord.

ARTICLE 4.2 : MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES DISPENSES

La mise en œuvre d’un des cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse et écrite du salarié, précisant l’un des motifs de dispense visé à l’article 4.1 du présent accord, et comportant la mention selon laquelle il reconnaît avoir été préalablement informé par l’employeur des conséquences de son choix.

L’employeur doit informer le salarié des conséquences de son choix d’être dispensé, en précisant qu’il ne bénéficiera ni des prestations ni de la portabilité.

La demande de dispense devra être adressée à l’employeur avant la fin du mois au cours duquel le régime prend effet pour le salarié, puis au plus tard le 1^{er} janvier de chaque année.

Le salarié devra produire chaque année à son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de dispense.

La dispense prend fin dans les cas suivants :

- modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions,
- ou de demande expresse du salarié .

Il doit alors obligatoirement en informer l'employeur et cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du mois civil suivant.

En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

ARTICLE 5. CAS PARTICULIERS DES BENEFICIAIRES A TITRE GRATUIT

Les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation. Son financement est assuré par la solidarité du régime dans les conditions fixées à l'article 12 du présent accord.

ARTICLE 6. DEFINITION DES AYANTS DROIT

Sont ayants droit du salarié :

- le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le salarié. Conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ;
- les enfants à charge du salarié :

Sont considérés comme enfants à charge du salarié, au sens du régime professionnel de santé, les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, qui satisfont à l'une des conditions suivantes :

- Être âgés de moins de 18 ans, ne pas exercer d'activité professionnelle et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
- Être âgés de moins de 21 ans, ne pas exercer d'activité professionnelle et bénéficier d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge de l'assuré par l'administration fiscale ;

- Être âgés de moins de 26 ans, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
 - exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel ;
 - bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être volontaire du service civique.

- être âgés de moins de 28 ans, ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée ou être reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables, et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé, ou d'être dans une période de césure ;

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21e anniversaire ;

- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

ARTICLE 7. ÉTENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 7.1 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du régime frais de santé « base conventionnelle » prennent effet immédiatement lors de la mise en œuvre du présent régime dans les entreprises, sans délai de carence.

Les garanties des couvertures additionnelles « confort » et « confort + », et l'extension des garanties aux ayants droits, souscrites à titre obligatoire par l'entreprise, prennent effet à la date de souscription par l'entreprise.

Les garanties des couvertures additionnelles « confort » et « confort + » ainsi que l'extension des garanties aux ayants droit, souscrites à titre facultatif par l'entreprise, prennent effet lors de l'affiliation du salarié, dans les conditions prévues par le contrat d'assurance.

ARTICLE 7.2 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 7.2.1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au salarié ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, lorsque :

- le salarié bénéficie d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- le salarié bénéficie 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 ;
- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée (APLD) ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Les deux premiers alinéas ci-dessus visent en particulier les périodes d'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle donnant lieu à une prise en charge par les assurances sociales. Les cotisations du régime frais de santé sont dues dans les mêmes conditions que lorsque le salarié est en activité.

ARTICLE 7.2.2. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISEE

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, le salarié peut demander le maintien des garanties moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

ARTICLE 7.3 : CESSATION DES GARANTIES

Sans préjudice des dispositions liées à la portabilité des droits exposées à l'article 8 du présent accord, les garanties cessent à la date de rupture du contrat de travail du salarié, quel qu'en soit le motif, étant précisé qu'en ce qui concerne le salarié bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, il s'agit de la date de rupture de son contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec sa retraite.

En tout état de cause, la garantie cesse pour le salarié et ses ayants droit à la date de liquidation de la pension vieillesse du salarié par le régime de base de la Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail, excepté en cas de cumul emploi-retraite. La cessation de la garantie du contrat s'opère toujours de plein droit sans aucune formalité.

La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

ARTICLE 8. MAINTIEN DES GARANTIES DU REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE DANS LE CADRE DE LA PORTABILITE DES DROITS

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 (dispositif appelé « portabilité santé »), dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

ARTICLE 9. MAINTIEN A TITRE INDIVIDUEL DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, pour les anciens salariés ou leurs ayants droit en cas de décès du salarié, dans les conditions de la loi susvisée.

Le régime professionnel de santé de la branche de la librairie, élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

ARTICLE 10. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES MAINTIENS DE GARANTIES

Pour la mise en œuvre des dispositifs de maintien des garanties, auprès de l'organisme assureur, prévus aux articles 8 et 9 susvisés, l'employeur doit informer le salarié de ses droits en la matière, signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 11. GARANTIES

Les garanties « base conventionnelle » et additionnelles « confort » et « confort + » s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats dits « responsables », institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

A ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le salarié de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + actes de prévention + garantie assistance).

Les niveaux des prestations des garanties « base conventionnelle » et additionnelles « confort » et « confort + », le tableau des actes de prévention ainsi que celui des garanties assistance santé, sont annexés au présent accord.

ARTICLE 12. DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Conformément aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale, le présent accord institue des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité.

Les entreprises sont tenues d'affecter au moins 2% de leur cotisation HT au régime de remboursement des frais médicaux, au financement des actions et prestations au titre du degré élevé de solidarité.

Dans ce cadre, la solidarité du régime prévoit :

- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute, telle que définie à l'article 5 du présent accord ;
- le bénéfice d'éventuelles conditions tarifaires plus favorables que les prescriptions légales pour les anciens salariés non retraités bénéficiaires de la loi Evin tel que défini à l'article 9 susvisé ;
- l'élargissement aux salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement et aux salariés en suspension de contrat de travail non rémunérés tel que le prévoit l'article 7.2.2 ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés.

Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité et des comportements en termes de consommation médicale ;

La prise en charge de prestations d'action sociale peut comprendre notamment :

- à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
- à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyer pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux.

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche peut faire évoluer les orientations définies ci-dessus. Elle détermine les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale.

ARTICLE 13. ANTERIORITE DES REGIMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE D'ENTREPRISE

Les entreprises disposant déjà d'une couverture complémentaire frais de santé à la date d'effet du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties du régime « base conventionnelle » définies dans le tableau des garanties annexé au présent accord, pour un niveau de garanties égales ou supérieures, peuvent conserver leur régime.

Par niveau de garanties égales ou supérieures, il faut entendre des garanties égales ou supérieures pour chaque ligne de garanties et non sur une seule d'entre elles. En outre, les garanties en place doivent s'adresser à la même population que celle définie aux articles 3 et 6 du présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, avant la date d'effet du présent accord, une couverture obligatoire complémentaire frais de santé d'un niveau inférieur au régime « base conventionnelle » défini dans le tableau des garanties annexé au présent accord, doivent se mettre en conformité avec les dispositions de la couverture conventionnelle.

ARTICLE 14. COTISATIONS

L'employeur prend en charge au moins 50 % du financement des garanties obligatoires.

Lorsqu'elle n'a pas été souscrite à titre obligatoire par l'entreprise, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit et/ou s'il souhaite souscrire à l'une des garanties « confort » ou « confort + » facultative en complément de la « base conventionnelle », les cotisations pour ses extensions de garanties seront à sa charge exclusive.

ARTICLE 15. ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIES

Les partenaires sociaux de la branche rappellent par ailleurs que la taille des entreprises de la branche est très majoritairement de moins de 50 salariés, justifiant que l'accord ne comporte pas de stipulations spécifiques ou différentes pour ces entreprises dont les particularités sont nécessairement prises en compte au regard de la structure du secteur.

En effet, les dispositions prévues par le présent accord visent à assurer une couverture santé de qualité à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, y compris de moins de 50 salariés, l'exposition des salariés aux risques couverts étant indifférente à la taille des structures qui les emploient.

ARTICLE 16. ENTREE EN VIGUEUR

Le présent accord et son annexe entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023 ou le lendemain du jour de publication de son arrêté d'extension s'il intervient postérieurement.

ARTICLE 17. DUREE - REVISION - DENONCIATION

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

ARTICLE 18. : DEPOT

Les parties signataires mandatent l'organisation d'employeurs signataire pour effectuer les démarches nécessaires à l'obtention de l'extension du présent accord et les formalités de publicité.

Le présent accord sera déposé auprès des services du ministère chargé du travail et des conventions collectives, ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris conformément aux dispositions de l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Paris, le

<p>SYNDICAT DE LA LIBRAIRIE FRANÇAISE</p> <p><i>Guillaume HUSSON, Délégué Général, par délégation de Anne MARTELLE, Présidente</i></p>	<p>CGT</p>
	<p>FEDERATION DES SERVICES CFDT</p>
	<p>FEC FO</p>

ANNEXE : Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés. Dans le tableau ci-dessous, la Base conventionnelle est incluse dans les Options Confort et Confort +

	Base conventionnelle	Base conventionnelle + Option confort	Base conventionnelle + Option confort +
HOSPITALISATION* ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non			
• En établissement conventionné	100 % BR	150 % BR	300 % BR
• En établissement non conventionné	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Honoraires			
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	200 % BR	250 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence ⁽³⁾	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (hors maternité) non remboursée par la Sécurité sociale			
Par nuitée	-	64 €	64 €
Lit accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans			
Par jour	32 €	32 €	32 €
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS* auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Consultation / visites médecins (a)	120 % BR	144 % BR	200 % BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux (a)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie (a)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	130 % BR	200 % BR
(a) Complément pour les praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	+30 % BR	+36 % BR	+50% BR
Dispositif MonPSY ⁽⁴⁾	inclus	inclus	inclus

	Base conventionnelle	Base conventionnelle + Option confort	Base conventionnelle + Option confort +
PHARMACIE*			
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE* auprès d'un professionnel			
Soins dentaires (hors inlays/onlays) remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Soins et prothèses 100 % Santé*** (dans la limite des honoraires limites de facturation)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Prothèses dentaires : Panier à reste à charge maîtrisés	300 % BR	400 % BR	500 % BR
• Prothèses dentaires : Panier à reste à charge libres	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125 % BR	250 % BR	350 % BR
Implants refusés par la Sécurité sociale			
Par an et par bénéficiaire	-	-	317 €
OPTIQUE* ⁽⁵⁾ (Équipement = 1 monture + 2 verres)			
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales			
Équipement 100 % Santé*** (classe A)			
Équipement complet y compris prestation d'appairage, prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre (dans la limite des prix limites de ventes)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale			
Monture	100 €	100 €	100 €
• Verres dits simples avec monture	300€	380 €	420 €
• Verres dits complexes avec monture	400€	480 €	700 €
• Verres dit très complexes avec monture	500 €	580 €	800 €
Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale			
Par an et par bénéficiaire	150 €	280 €	470 €
Chirurgie réfractive pour les 2 yeux			
Par an et par bénéficiaire	-	-	500 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % Santé*** (classe I****)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)			
Limité à 1700 € par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR	100%BR + 254 €	100%BR + 317 €
MATERNITÉ*			
Forfait naissance/adoption d'un enfant de moins de 12 ans	100 €	100 €	100 €

	Base conventionnelle	Base conventionnelle + Option confort	Base conventionnelle + Option confort +
Chambre particulière			
Par nuitée	64 €	64 €	64 €
AUTRES ACTES			
Médecine alternative			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant Par séance, par an et par bénéficiaire	-	Jusqu'à 2 séances limitées à 30 €	Jusqu'à 3 séances limitées à 40 €
Sur prescription médicale : Par an et par bénéficiaire	-	50 €	100 €
<ul style="list-style-type: none"> Pharmacie prescrite non remboursée y compris moyens contraceptifs Sevrage tabagique Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale 			
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	317 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Assistance	Include	Include	Include

Légendes du tableau

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Pour les praticiens non conventionnés, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

FR = Frais réels.

(*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables.

(**) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(***) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(****) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales ou dans les annexes aux notices d'information.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur sauf mention contraire.

(3) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

(4) Accompagnement psychologique par un psychologue partenaire dans la limite de 8 séances par bénéficiaire et par an (les tarifs sont de 40€ pour l'entretien d'évaluation et de 30€ pour les séances de suivi).

(5) Postes limités à 1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans sauf évolution de la vision ou enfant mineur. Les cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale sont visés dans les Conditions générales ou dans les annexes aux notices d'information.