

Vos garanties 2026

CCN de la Charcuterie de détail (IDCC 0953)

Base obligatoire et surcomplémentaires facultatives

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.

Abréviations:
BR: Base de remboursement
DPTM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée): OPTAM / OPTAM-CO: OPTAM:
Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.
€: Euro
FR: Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF: Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV: Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

RSS: Remboursement Sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par l'application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
TM: Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

Nature des frais	Régime de base	Option 1: ART'VIE +	Option 2: ART'VISSIMO
------------------	----------------	------------------------	--------------------------

Hospitalisation

En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité

Frais de séjour	250 % BR	-	+ 65 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Forfait Patient Urgences (FPU)	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Forfait actes dits « lourds »	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-

Honoraires: actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires

- Pour les médecins adhérents à un DPTM	250 % BR	-	+ 65 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-
Chambre particulière	80 € par jour hors ambulatoire	-	+ 50 € par jour hors ambulatoire
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de - 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30 € par jour	-	+ 10 € par jour

Transport

Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	-	-
--------------------------------------	----------	---	---

Soins courants

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale

Généralistes (Consultations et visites)

- Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	-	+ 65 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-

Spécialistes (Consultations et visites)

- Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	-	+ 65 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-

Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)

- Pour les médecins adhérents à un DPTM	220 % BR	-	+ 65 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	-	-

Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)

- Pour les médecins adhérents à un DPTM	170 % BR	-	-
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	150 % BR	-	-

Nature des frais	Régime de base	Option 1 : ART'VIE +	Option 2 : ART'VISSIMO
Non remboursés par la Sécurité sociale			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	60 € par acte limité à 3 actes par année civile	+ 20 € par acte limité à 3 actes par année civile	+ 20 € par acte limité à 3 actes par année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	150 % BR	-	-
Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR	-	-
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	150 % BR	-	-
Forfait actes dits « lourds »	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Médicaments			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-
Non remboursés Sécurité sociale			
Contraception prescrite	Crédit de 90 € par année civile	-	-
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	-	-
Non remboursée Sécurité sociale			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % des FR sur présentation de la facture de prescription	-	-
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	120 % BR	-	-
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20° 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° anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction) ⁽²⁾			
Équipements libres ⁽³⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20° anniversaire	100 % BR + 600 €	+ 700 €	-
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20° anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction)	100 % BR + 300 €	-	-
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(2) 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).

(3) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(2) 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).

(3) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Nature des frais	Régime de base	Option 1 : ART'VIE +	Option 2 : ART'VISSIMO
------------------	----------------	-------------------------	---------------------------

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾

- 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 ⁽²⁾

Inlay, onlay	330 % BR dans la limite des HLF	+ 70 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
Inlay core	330 % BR dans la limite des HLF	-	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	360 % BR dans la limite des HLF	+ 90 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾	+ 150 % BR dans la limite des HLF ⁽³⁾

Panier libre ⁽⁴⁾

Inlay, onlay	330 % BR	+ 70 % BR	+ 150 % BR
Inlay core	330 % BR	-	+ 150 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	360 % BR	+ 90 % BR	+ 150 % BR

Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	-	-
--	----------	---	---

Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale

Orthodontie	300 % BR	-	+ 100 % BR
-------------	----------	---	------------

Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale

Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	300 % BR	+ 100 % BR	+ 150 % BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 400 € par année civile
Implants dentaires et pilier	Crédit de 900 € pour l'implant dentaire, limité à 1 acte par année civile Crédit de 300 € pour le pilier implantaire, limité à 1 acte par année civile	-	+ Crédit de + 100 € pour l'implant dentaire par année civile
Orthodontie	150 % BR	+ 150 % BR	+ 75 % BR

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

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

(3) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base dit « régime de base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

Optique

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

- Monture de classe A (quel que soit l'âge)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-
- Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾			

Nature des frais	Régime de base	Option 1 : ART VIE +	Option 2 : ART VISSIMO
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	–	–

Équipements libres⁽³⁾

Monture de classe B (quel que soit l'âge)	100 €	–	–
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	–	–
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	–	–
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	–	–
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtisie / verres isométriques)	100 % BR	–	–

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + Crédit de 160 € par année civile	–	+ Crédit de 50 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par année civile	–	+ Crédit de 100 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1 200 € par année civile	+ Crédit de 800 € par année civile	+ Crédit de 1 000 € par année civile

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
- Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la

prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
 - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
 - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
- La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du Code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
 - Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une

- nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.
- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ;
 - une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Grille optique verres « classe B »

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)		
			Régime de base	Option 1 : ART'VIE +	Option 2 : ART'VISSIMO
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €	+ 20 €	+ 60 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	120 €	+ 30 €	+ 80 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €	+ 20 €	+ 60 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	70 €	+ 20 €	+ 60 €
		SPH > 0 et S > + 6	120 €	+ 30 €	+ 80 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	120 €	+ 30 €	+ 80 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	120 €	+ 30 €	+ 60 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150 €	+ 30 €	+ 80 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	-	+ 60 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	+ 30 €	+ 80 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €	+ 30 €	+ 80 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	-	+ 60 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	-	+ 60 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	-	+ 60 €

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

Nature des frais	Régime de base	Option 1 : ART'VIE +	Option 2 : ART'VISSIMO
------------------	----------------	----------------------	------------------------

Autres frais

Cure thermique remboursée Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires	100 % BR	-	-
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile	-	-

Forfait maternité

Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 150 €	+ 200 €	+ 100 €
Fécondation in vitro	Crédit de 250 € par année civile	-	+ 200 € par année civile
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L.162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	-	-

Nature des frais	Niveau d'indemnisation
------------------	------------------------

Fonds de prévention santé / Fonds d'action sociale

Fonds de prévention santé

Frais de traitement et honoraires	- Prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), - Campagne de sensibilisation aux troubles musculo-squelettiques (TMS) en CFA : séances de prévention dans tous les CFA de France auprès des apprentis charcutiers traiteurs et leurs professeurs. - Prévention des maladies cardio-vasculaires
Prévention de la pénibilité	Etat des lieux des facteurs de pénibilités et établissement du référentiel unique de branche.

Fonds d'action sociale

Panorama des aides exceptionnelles pouvant être accordées aux salariés suite à des difficultés liées à des dépenses de santé :

- Reste à charge important sur des soins de santé,
- Participation à l'acquisition des équipements spécifiques ou personnes handicapées ou invalides,
- Aides aux frais de déplacement occasionnés par l'hospitalisation d'un proche,
- Autres dépenses liées aux soins de santé.

Examen de tous les dossiers par la Commission paritaire nationale.