

Résumé de garanties

CCN des Détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie (n° 3224 – IDCC 1286)

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.

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.

Abréviations :

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

RMSA : Remboursement Mutualité Sociale Agricole = montant remboursé 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.

Nature des frais		Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
		Base	Option 1	Option 2
Hospitalisation				
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour		200 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % 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	235 % BR	+ 85 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR	Néant	Néant
Chambre particulière		60 € par jour limité à 20 jours par année civile	+ 5 € par jour limité à 20 jours par année civile	+ 10 € par jour limité à 20 jours par année civile
Frais d'accompagnement				
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		25 € par jour, limité à 20 jours par année civile	+ 5 € par jour limité à 20 jours par année civile	+ 10 € par jour limité à 20 jours par année civile
Transport				
Transport remboursé Sécurité sociale		100 % BR	–	–
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Remboursés Sécurité sociale				
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	170 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM	150 % BR	+ 35 % BR	+ 50 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	200 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM	170 % BR	+ 30 % BR	+ 30 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	170 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM	150 % BR	+ 35 % BR	+ 50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	135 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
Non remboursés Sécurité sociale			
Acupuncture, Chiropractie, Ethioopathie, Ostéopathie, Shiatsu, Kinésiologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Prise en charge de 50 € par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par année civile	Prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 3 prises en charge par année civile	Prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 5 prises en charge par année civile
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	–	–
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	–	–
Médicaments			
Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	–	–
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	–	–
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + Crédit de 600 € par année civile	+ 50 €	+ 100 €
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	–	–
Santé bucco-dentaire			
Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés			
– Nature de l'action : Examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans.			
– Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)			
– Niveau de prise en charge : Selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie.			
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récides			
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer (la pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...))			
– Nature de l'action : Prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de son image médicale 3D (Scanner ou IRM) pour un patient ayant une suspicion de cancer opérable.			
– Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)			
– Niveau de prise en charge : À hauteur de 650 € HT/acte.			
Prévention des récides de cancers			
– Nature de l'action : Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récides après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel.			
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.			
– Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)			
– Niveau de prise en charge : Prise en charge totale et directe du coût du programme.			
Bilans de prévention			
Bilan de prévention personnel			
– Nature de l'action : Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention.			
– Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant)			
– Niveau de prise en charge : Prise en charge totale et directe du coût du programme.			

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
Aides auditives			
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽³⁾	–	–
Aides auditives pour les personnes jusqu’au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)			
Équipements libres ⁽⁴⁾			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 600 € ⁽³⁾	–	–
Aides auditives pour les personnes jusqu’au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR + 300 € ⁽³⁾	–	–
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽³⁾	100 % BR	–	–
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁵⁾			
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	Néant	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
Prothèses			
Panier maîtrisé ⁽⁶⁾			
Inlay, onlay	360 % BR dans la limite des HLF	Néant	Néant
Inlay core	220 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires	360 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF	+ 150 % BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽⁷⁾			
Inlay, onlay	360 % BR	Néant	Néant
Inlay core	220 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	360 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	–	–
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale			
Orthodontie	300 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % 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	250 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	–	–
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	800 € par implant dans la limite de 2 implants par an	+ Crédit annuel de 100 €	+ Crédit annuel de 200 €
Orthodontie	200 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation (conventionné / non conventionné)		
	Base	Option 1	Option 2
Optique			
Équipements 100 % Santé ⁽⁸⁾			
Monture et Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	Néant	Néant
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres de classe A			
Équipements libres ⁽¹⁰⁾			
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾	100 €	Néant	Néant
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ⁽⁹⁾	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 ou B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant	Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	Néant	Néant
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + Crédit de 220 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 130 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 220 € par année civile	+ Crédit de 100 € par année civile	+ Crédit de 130 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 800 € par année civile pour les deux yeux	+ 100 € pour les deux yeux	+ 200 € pour les deux yeux
Autres frais			
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 100 €	+ 100 €	+ 200 €

- (1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (3) 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'entend pour chaque oreille indépendamment).
- (4) 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 (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021)
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % Santé, tels que définis réglementairement.
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (8) 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.

- (9) 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'oeil 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'oeil 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.

(10) Équipements 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 »

Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)		
		Adulte et enfant		
		Base	Option 1	Option 2
Verres unifocaux				
Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ^(*)	70 €	+ 20 €	+ 30 €
	SPH < à -6 ou > à + 6	95 €	+ 31 €	+ 45 €
Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ à + 4	70 €	+ 20 €	+ 30 €
	SPH > à 0 et S ≤ à + 6	70 €	+ 20 €	+ 30 €
	SPH > à 0 et S > à + 6	95 €	+ 31 €	+ 45 €
	SPH < à - 6 et CYL ≥ à + 0,25	95 €	+ 31 €	+ 45 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	95 €	+ 31 €	+ 45 €
Verres multifocaux et progressifs				
Sphériques	SPH de - 4 à + 4	110 €	+ 31 €	+ 60 €
	SPH < à -4 ou > à + 4	180 €	+ 50 €	+ 75 €
Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ à + 4	110 €	+ 31 €	+ 60 €
	SPH > à 0 et S ≤ à + 8	110 €	+ 31 €	+ 60 €
	SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	180 €	+ 50 €	+ 75 €
	SPH > à 0 et S > à + 8	180 €	+ 50 €	+ 75 €
	SPH < à - 8 et CYL ≥ à + 0,25	180 €	+ 50 €	+ 75 €

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