

Résumé de garanties

CCN Organismes de formation (IDCC 1516 – Brochure n° 3249)

Niveau 3 obligatoire Ensemble du personnel

Au 1^{er} janvier 2026

Le niveau d'indemnisation défini ci-dessous s'entend **y compris** sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

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

Hospitalisation

Nature des frais		Niveau 3 obligatoire
Hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		
Frais de séjour		100 % BR
Forfait journalier hospitalier / Forfait patient urgence		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires		
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux, autres honoraires	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Chambre particulière avec nuitée		90 € / jour (max 10 jours / année civile)
Chambre particulière en ambulatoire		45 € / jour
Lit accompagnant		45 € / jour (max 10 jours / année civile)

Transport

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR

Soins courants

Nature des frais		Niveau 3 obligatoire
Honoraires médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie	Adhérents DPTM	250 % BR
	Non adhérents DPTM	200 % BR
Sages-femmes		100 % BR

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
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
Pharmacie	
Médicaments remboursés Sécurité sociale	100 % BR
Pharmacie hors médicaments remboursée Sécurité sociale	100 % BR
Vaccins prescrits et non remboursés Sécurité sociale	75 € par année civile
Contraceptif et test de grossesse prescrits	200 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	150 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Autres actes

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Cures thermales remboursées Sécurité sociale	
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100 % BR
Honoraires	100 % BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale et définis par la réglementation	100 % BR
Télésurveillance médicale remboursés Ss	100 % BR

Médecine douce

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) Psychologue hors dispositif " Mon soutien psy "	50 € / séance (Max. 10 / année civile)
Psychomotricien non pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % FR pour le bilan + 15 € / séance
Dispositif " Mon parcours psy "	100 % BR

Aides auditives

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Aides auditives personnes >= 20 ans	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽³⁾
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20° après correction)	
Équipements libres ⁽⁴⁾	
Aides auditives personnes >= 20 ans	1700 € / prothèse ⁽³⁾
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20° après correction)	1700 € / prothèse ⁽³⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % BR

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement. Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(2) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(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 (1700 € / aide auditive, remboursement Sécurité sociale inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Dentaire

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Prothèses	
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier maîtrisé ⁽²⁾	
Inlay, onlay	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Inlay core	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	100 % FR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier libre ⁽³⁾	
Inlay, onlay	300 % BR
Inlay core	200 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400 % BR
Autres actes dentaires	
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	300 % BR
Implants dentaires (hors pilier, hors scanner)	850 € / implant (max 2 / année civile)
Parodontologie remboursée Sécurité sociale	100 % BR
Parodontologie non remboursée Sécurité sociale	300 € / année civile

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

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

Optique

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾	
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽⁴⁾
Bénéficiaire de moins 16 ans (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	
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 ⁽³⁾	
Équipement simple (monture + 2 verres simples de classe B) ⁽²⁾	300 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B) ⁽²⁾	450 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement mixte (monture avec un verre simple de classe B + un verre complexe de classe B) ⁽²⁾	600 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
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 ⁽⁴⁾
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 ⁽⁴⁾
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV ⁽⁴⁾

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Autres prestations	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 60 € / année civile ⁽⁵⁾
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	60 € / année civile ⁽⁵⁾
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	900 € / œil / 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.

La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV.

La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A (hors remboursement Sécurité sociale), pour la monture de classe B ;
- du coût de la monture de classe A (hors remboursement Sécurité sociale), pour les verres de classe B.

(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.

(3) 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

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

(4) Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(5) Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (et non séparément).

Grille optique « verres de classe B »

Verres	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et s ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et s > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	Très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et s ≤ + 8	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe
		SPH > 0 et s > + 8	Très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe

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

Prestations au titre du degré élevé de solidarité *

Nature des frais	Niveau 3 obligatoire
Versement d'une somme forfaitaire de 250 € par an aux salariés en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage, destinée notamment à financer la part salariale de la cotisation santé pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise. Ce montant est proratisé en fonction du nombre de mois effectivement travaillés par l'alternant.	
Versement d'une aide financière post-hospitalisation pour les salariés hospitalisés au moins 3 jours et dont le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts, est inférieur ou égal à 21 000 €. Le montant de l'aide est fixé à 300 € avec une majoration de 200 € pour une famille monoparentale.	
Prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de 2e avis médical dans la limite des frais réels plafonnée à 300 € pour une affection de longue durée définie à l'article D.322-1 du Code la sécurité sociale. Pour bénéficier de cette prise en charge, le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts doit être inférieur ou égal à 21 000 €.	
Octroi d'aides financières exceptionnelles (aides et secours individuels lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie).	

* Prestation non contributive, versée dans la limite du fonds DES disponible.