

# Garanties conventionnelles (Base)

## GARANTIES CCN POUR LE PERSONNEL DES INDUSTRIES DU CARTONNAGE DU 9 JANVIER 1969 (IDCC 489)

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ». Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS (1)	
	Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
Forfait journalier hospitalier		100% FR
Frais de séjour		250 % BR
Honoraires (consultations et actes)	250 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO		60 € par jour
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursés par le RO		60 € par jour
Participation forfaitaire (actes lourds)		100 % FR
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>Honoraires médicaux</b>		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	170 % BR	150 % BR
- Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		150 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		150 % BR
<b>Médicaments</b>		100 % BR
- Médicaments remboursés par le RO		Néant
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO		Néant
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO		Néant
- Patch anti-tabac		Néant
<b>Matériel médical</b>		100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		100 % BR + 400 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires		Telle que définie à la garantie Matériel médical
<b>OPTIQUE</b>		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO. Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		100 € par monture
- Monture		
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)		
o Sphère de -6 à +6		90 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8		100 €
o Sphère < -8 ou > +8		110 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0		100 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6		100 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6		120 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6		110 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0		120 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6		100 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6		120 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6		130 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)		
o Sphère de -4 à +4		160 €
o Sphère < -4 ou > +4		170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Sphère de -8 à +8		180 €
o Sphère < -8 ou > +8		190 €
- Prestations d'adaptation		100 % BR
<b>Lentilles correctrices</b>		
- Remboursées par le RO		150 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)		150 € par an et par bénéficiaire
<b>Autres prestations optiques</b>		
- Kératochirurgie		300 € par œil
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)		100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *		100 % BR
- Soins dentaires		
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre		150 % BR
<b>Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *</b>		
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre		
Dent visible		300 % BR
Dent non visible		250 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)		300 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre		150 % BR
<b>Orthodontie</b>		
- Remboursée par le RO		300 % BR
- Non remboursée par le RO		200 % BR
<b>Autres prestations dentaires</b>		
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)		300 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie		900€ par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité (3) - Forfait maternité : naissance	150 € par naissance
Cure thermale (3) - Remboursée par le RO	100 % BR
Médecine douce (3) - Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage - Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	Néant
- Psychologue non remboursé par le RO	Néant
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1er janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmogiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui possède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

# Option 1

## GARANTIES CCN POUR LE PERSONNEL DES INDUSTRIES DU CARTONNAGE DU 9 JANVIER 1969 (IDCC 489)

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ». Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION (1)	
	Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventiionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour	350 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	350 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	80 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursés par le RO	80 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>Honoraires médicaux</b>		
- Consultations et visites de généraliste	150 % BR	130 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	200 % BR	175 % BR
- Actes techniques médicaux	200 % BR	175 % BR
- Actes d'imagerie médicale	200 % BR	175 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	200 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	200 % BR	
<b>Médicaments</b>	100 % BR	
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	100 € par an et par bénéficiaire	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	100 € par an et par bénéficiaire	
- Patch anti-tabac	150 € par an et par bénéficiaire	
<b>Matériel médical</b>	100 % BR + 600 € par an et par bénéficiaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.		
Equipement « 100% SANTE » *	100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 % BR + 600 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	Telle que définie à la garantie Matériel médical	
<b>OPTIQUE</b>		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO. Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire.(3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » *	100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 € par monture	
- Monture	100 € par monture	
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)		
o Sphère de -6 à +6	110 €	
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	120 €	
o Sphère < -8 ou > +8	130 €	
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	120 €	
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6	120 €	
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	140 €	
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	130 €	
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	140 €	
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6	120 €	
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	140 €	
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	150 €	
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)		
o Sphère de -4 à +4	180 €	
o Sphère < -4 ou > +4	190 €	
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Sphère de -8 à +8	200 €	
o Sphère < -8 ou > +8	210 €	
- Prestations d'adaptation	100 % BR	
<b>Lentilles correctrices</b>		
- Remboursées par le RO	250 € par an et par bénéficiaire	
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	250 € par an et par bénéficiaire	
<b>Autres prestations optiques</b>		
- Kératochirurgie	500 € par œil	

<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)</b>	100% FR *
<b>Soins Hors « 100% SANTE » *</b>	100 % BR
- Soins dentaires	
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre maîtrisé et libre	200 % BR
<b>Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *</b>	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	375 % BR
Dent non visible	300 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
<b>Orthodontie</b>	
- Remboursée par le RO	350 % BR
- Non remboursée par le RO	250 % BRR
<b>Autres prestations dentaires</b>	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	400 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	1 200€ par an et par bénéficiaire
<b>AUTRES GARANTIES</b>	
<b>Transport</b>	100 % BR
<b>Natalité (3)</b>	
- Forfait maternité : naissance	250 € par naissance
<b>Cure thermale (3)</b>	
- Remboursée par le RO	200 % BR
<b>Médecine douce (3)</b>	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Prévention / Dépistage</b>	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	50 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue non remboursé par le RO	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Assistance à domicile</b>	OUI
<b>Plateforme conseil</b>	OUI

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1er janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmogiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

## Option 2

### GARANTIES CCN POUR LE PERSONNEL DES INDUSTRIES DU CARTONNAGE DU 9 JANVIER 1969 (IDCC 489)

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ». Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION (2)	
	Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
Forfait journalier hospitalier		100% FR
Frais de séjour		450 % BR
Honoraires (consultations et actes)	450 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO		100 € par jour
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursés par le RO		100 € par jour
Participation forfaitaire (actes lourds)		100 % FR
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	200 % BR	180 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	250 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux	300 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	300 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux		300 % BR
Analyses et examens de laboratoire		300 % BR
Médicaments		100 % BR
- Médicaments remboursés par le RO		100 % BR
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO		150 € par an et par bénéficiaire
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO		150 € par an et par bénéficiaire
- Patch anti-tabac		250 € par an et par bénéficiaire
Matériel médical		100 % BR + 800 € par an et par bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		100 % BR + 800 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires		Telle que définie à la garantie Matériel médical
<b>OPTIQUE</b>		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO. Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire.(3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		100 € par monture
- Monture		100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)		
o Sphère de -6 à +6		130 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8		140 €
o Sphère < -8 ou > +8		150 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0		140 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6		140 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6		160 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6		150 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0		160 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6		140 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6		160 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6		170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)		
o Sphère de -4 à +4		200 €
o Sphère < -4 ou > +4		210 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Sphère de -8 à +8		220 €
o Sphère < -8 ou > +8		230 €
- Prestations d'adaptation		100 % BR
Lentilles correctrices		
- Remboursées par le RO		350 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)		350 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques		
- Kératochirurgie		800 € par œil

<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)</b>	100% FR *
<b>Soins Hors « 100% SANTE » *</b>	
- Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
<b>Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *</b>	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	475 % BR
Dent non visible	350 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	500 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
<b>Orthodontie</b>	
- Remboursée par le RO	450 % BR
- Non remboursée par le RO	350 % BRR
<b>Autres prestations dentaires</b>	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	500 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	1 500€ par an et par bénéficiaire
<b>AUTRES GARANTIES</b>	
<b>Transport</b>	100 % BR
<b>Natalité (3)</b>	
- Forfait maternité : naissance	350 € par naissance
<b>Cure thermique (3)</b>	
- Remboursée par le RO	300 % BR
<b>Médecine douce (3)</b>	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étioathe	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Prévention / Dépistage</b>	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	100 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue non remboursé par le RO	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Assistance à domicile</b>	OUI
<b>Plateforme conseil</b>	OUI

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1er janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmogiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui possède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

## Option 3 (surcomplémentaire non responsable)

### GARANTIES CCN POUR LE PERSONNEL DES INDUSTRIES DU CARTONNAGE DU 9 JANVIER 1969 (IDCC 489)

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ». Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est à dire que les prestations induisent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION (3) Surcomplémentaire Non Responsable	
	Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour	450% FR	
Honoraires (consultations et actes)	450% BR	450% BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	100 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursés par le RO	100 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>Honoraires médicaux</b>		
- Consultations et visites de généraliste	200 % BR	180 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	300 % BR	300 % BR
- Actes techniques médicaux	300 % BR	300 % BR
- Actes d'imagerie médicale	300 % BR	300 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Analyses et examens de laboratoire	300 % BR	
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	
- Patch anti-tabac	250 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical	100 % BR + 800 € par an et par bénéficiaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.		
Equipement « 100% SANTE » *	100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 % BR + 800 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	Telle que définie à la garantie Matériel médical	
<b>OPTIQUE</b>		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO. Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire.(3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » *	100% FR *	
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	Mineurs < 18 ans	Adultes
Pour les mineurs (moins de 18 ans), un équipement par an. Pour les adultes, un équipement tous les deux ans sauf changement de correction. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le délai de 2 ans prévu dans le tableau de Garantie n'est pas appliqué et est réduit à 1 an.		
- Monture	125 €	150 €
- Verres simple foyer, sphériques		
o Sphère de -6 à +6	100 €	130 €
o Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	110 €	140 €
o Sphère < -10 ou >+10	120 €	150 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :		
o Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	110 €	140 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	120 €	150 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	130 €	160 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	163 €	170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques		
o Sphère de -4 à +4	170 €	200 €
o Sphère < -4 ou >+4	180 €	210 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
o Sphère de -8 à +8	190 €	220 €
o Sphère < -8 ou >+8	200 €	230 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR	
Lentilles correctrices		
- Remboursées par le RO	350 € par an et par bénéficiaire	
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	350 € par an et par bénéficiaire	
Autres prestations optiques		
- Kératochirurgie	800 € par œil	

<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)</b>	100% FR *
<b>Soins Hors « 100% SANTE » *</b>	100 % BR
- Soins dentaires	
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
<b>Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *</b>	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	475 % BR
Dent non visible	350 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	500 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
<b>Orthodontie</b>	
- Remboursée par le RO	450 % BR
- Non remboursée par le RO	350 % BR
<b>Autres prestations dentaires</b>	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	500 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	1 500€ par an et par bénéficiaire
<b>AUTRES GARANTIES</b>	
<b>Transport</b>	100 % BR
<b>Natalité (3)</b>	
- Forfait maternité : naissance	350 € par naissance
<b>Cure thermique (3)</b>	
- Remboursée par le RO	300 % BR
<b>Médecine douce (3)</b>	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Prévention / Dépistage</b>	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	100 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue non remboursé par le RO	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
<b>Assistance à domicile</b>	OUI
<b>Plateforme conseil</b>	OUI

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1er janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmogiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui possède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.