Prestataires de Services du Secteur Tertiaire

AVENANT À L'ACCORD DU 25 SEPTEMBRE 2015 MODIFIÉ RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

ENTRE :

- Le Syndicat National des Cabinets de Recouvrement de créance et de Renseignements commerciaux (ANCR) ;
- La Fédération Nationale de l'Information d'Entreprise, de la Gestion de créances et de l'Enquête Civile (FIGEC) ;
- Les Services Intégrés du Secrétariat et des Télé-services (SIST) ;
- Le Syndicat National des Prestataires de Services d'Accueil (SNPA) ;
- Le Syndicat National des Organisateurs et Réalisateurs d'Actions Promotionnelles et Commerciales (SORAP) ;
- Le Syndicat des Professionnels des Centres de Contact (SP2C) ;
- Le Syndicat National des Professionnels de l'Hébergement (SYNAPHE).

ET :

- La CFDT-F3C ;
- La CFE-CGC FNECS ;
- La CFTC-CSFV ;
- La Fédération CGT des Sociétés d'Etudes ;
- La FEC-FO Services ;
- SUD-SOLIDAIRES.

Préambule

La branche a mis en place un régime conventionnel de Frais de santé par l'intermédiaire d'un accord conclu le 25 septembre 2015 modifié par un avenant du 13 novembre 2017.

Ce régime mutualisé de Frais de santé prévoyait une clause de recommandation d'une durée de 3 ans, pour la période allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2018.

C'est après un appel d'offres mené conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale que les partenaires sociaux ont procédé à une nouvelle recommandation, objet du présent avenant.

Cette révision du régime collectif et obligatoire en vigueur a été l'occasion pour les partenaires sociaux de modifier et d'améliorer certaines garanties prévues par l'acte juridique fondateur.

Il est expressément entendu que le présent avenant modifie le régime mutualisé préexistant qui se voit ainsi juridiquement pérennisé, dans l'intérêt des entreprises et des salariés relevant de son champ d'application.

Article 1 – Champ d'application

Le champ d'application du présent accord concerne les entreprises dont l'activité principale est constituée par une ou plusieurs des activités suivantes :

1. Les entreprises de téléservices qui font pour le compte de leurs clients les travaux de secrétariat, réception ou émission d'appels, télésecrétariat, domiciliation commerciale, bureautique et transfert de données informatiques et toutes prestations de services nécessaires au bon fonctionnement d'un bureau, d'une entreprise quelle que soit sa nature (commerciale, industrielle, service, profession libérale) et même des particuliers, en utilisant les nouvelles techniques de télécommunications.

Par ailleurs, les entreprises de services réalisant également toute opération manuelle de saisie, acquisition ou capture de données, à partir de tout support (papier, documents scannérisés, images numériques, etc.).

2. Les centres d'affaires et entreprises de domiciliation qui, en tant que prestataires de services, assurent à titre principal une assistance aux entreprises en leur offrant un service comprenant totalement ou partiellement la domiciliation fiscale ou commerciale, la mise à disposition de bureaux individuels équipés pour toute durée (à l'heure, au jour, à la semaine, au mois, à l'année, etc.), la mise à disposition d'installations téléphoniques et bureautiques, la mise à disposition de salles de réunion.

Par ailleurs, ils réalisent également à la demande de leur clientèle tous travaux spécifiques de bureautique.

Plus généralement, les centres d'affaires et entreprises de domiciliation permettent à toute entreprise, quelle que soit sa forme juridique de disposer de toute la logistique indispensable à l'exercice de son activité professionnelle.

3. Les entreprises de recouvrement de créances et/ou de renseignements commerciaux ou économiques.

4. Les entreprises de traduction, quelle que soit leur forme juridique, pour autant qu'elles délivrent des prestations de services de traduction ainsi que toutes activités s'y rattachant.

5. Toute structure autonome à but lucratif ou non lucratif généralement appelée palais des congrès ou centre de congrès ayant pour vocation d'offrir à toutes personnes physiques ou morales un service d'organisation et de prestation de services, internes ou externes, et des équipements destinés à les accueillir et/ou à animer leurs manifestations, à l'exclusion des foires et expositions.

Ils peuvent prendre éventuellement diverses appellations en y joignant ou non une ou plusieurs caractéristiques (festival, musique...) ainsi que le nom de la ville dans laquelle ils se situent.

6. Entrent également dans le champ d'application de la convention collective nationale des prestataires de services les entreprises dont l'activité principale réside dans :

– les services d'accueil à caractère événementiel : services d'accueil occasionnels dans le cadre de salons, conventions, colloques ou tout autre événement de relation publique ou commercial. Les services développés intègrent l'ensemble des composantes de l'accueil de réception : gestion de listings, attributions de badges, mallettes, documentation, vestiaire, service voiturier, acheminement de groupes incluant accueils en gares ou aéroports et visites de sites (exemple : usine ou autre site de production ou de réalisation) ;

– les actions d'animation et de promotion : de l'échantillonnage, distribution, etc., à la promotion des ventes en grands magasins ou GSM dont l'objectif est de faire connaître et de vendre les produits (ou services) du client aux consommateurs sur le lieu de vente.

Le type de prestation plus couramment développé est l'animation consistant à mettre en avant un produit, une marque ou un événement par le biais d'une distribution publicitaire, d'un échantillonnage, d'une dégustation, d'une vente-conseil, d'une démonstration dans les points de vente ou à l'extérieur ou plus simplement par le biais d'une présence en tenues publicitaires.

L'ensemble de ces prestations ont pour caractéristiques communes la mise en œuvre et la gestion complète de moyens humains et matériels dans le cadre d'une offre globale adaptée aux besoins de chaque client. Elles mettent en jeu le conseil, les ressources humaines terrain, la technologie informatique (matériels et logiciels de relevés, de transmission et d'analyse des données) et la logistique du matériel d'animation ou de promotion (stockage, expédition, installation et maintenance...) dans le cadre de la prestation ;

– la gestion annualisée de prestations de services d'accueil et d'accueil téléphonique en entreprises, la gestion totale de services d'accueil externalisés.

7. Les centres d'appels dont la vocation est de gérer à distance la relation que les entreprises souhaitent entretenir avec leurs clients et prospects. C'est un ensemble de moyens humains, organisationnels et techniques mis en place afin d'apporter à la demande et aux besoins de chaque client une réponse adaptée.

À ce titre, les centres d'appels se définissent comme des entités composées d'opérateurs, organisés par type de compétence et regroupés par équipes sur des plates-formes destinées à gérer, exclusivement par téléphone et à distance, des clients et/ou des prospects en s'appuyant sur des systèmes de couplage téléphonique et informatique, que ce soit en émission ou en réception d'appels.

Entités de relation à distance, les centres d'appels optimisent l'outil téléphonique et ses connexions avec l'informatique et d'autres médias (courrier, fax, minitel, internet, extranet, SMS, WAP, etc.).

Ils mettent en jeu quatre composantes majeures :

– les ressources humaines (téléconseillers, superviseurs, managers, formateurs…) ;

– la technologie (téléphonie, informatique, internet, logiciels, progiciels, serveurs multimédias, bases de données, cartes de commutation, câblage…) ;

– la logistique (immobilier, mobilier, ergonomie de l'environnement matériel et de l'environnement écran…) ;

– une culture et des méthodes marketing (stratégie de l'entreprise, relation client, fulfillment, profitabilité…).

Par exception, le champ d'application de la convention collective des prestataires de services ne concerne pas les centres d'appels filiales de sociétés de télécommunications ou centres d'appels intégrés, lesquels entrent dans le champ d'application de la convention collective des télécommunications ;

Entrent enfin dans le champ d'application de la convention collective des prestataires de services les entreprises dont l'activité principale réside dans :

– les actions de force de vente : actions dont l'objectif est de développer les ventes des produits ou des services du client ;

– ces actions regroupent les opérations ponctuelles (lancement de produits, opérations promotionnelles ou saisonnières) et les opérations permanentes ;

– elles sont menées en particulier dans les points de vente de la grande distribution, de la distribution spécialisée (surfaces de bricolage, jardinage, téléphonie…), mais aussi auprès d'autres circuits de distribution ;

– les actions d'optimisation linéaire : actions dont l'objectif est de valoriser la présence, le positionnement et la visibilité des produits (ou services) du client dans son ou ses réseaux de distribution.

Ces actions regroupent les opérations de pose de PLV, implantations et réimplantations, destinées à mettre en avant les produits, mais aussi les opérations permanentes de veille commerciale en point de vente : relevés de prix, de présence et nombre de facings ainsi que des informations concernant la concurrence (celle de l'industriel pour lequel l'action est conduite).

Elles sont menées dans tous les réseaux de distribution.

8. Les entreprises qui pratiquent l'activité de recherche de débiteurs en masse, autrement appelée activité d'enquête civile, entrent dans le champ d'application de la convention collective des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire.

Afin d'éviter toute confusion avec toute autre activité, et notamment avec l'activité du recouvrement de créances, il a été décidé de définir clairement l'activité d'enquête civile.

Cette définition permet de clarifier le champ d'application de la réglementation LSI visé par l'article 20 de la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983.

L'activité d'enquête civile dont la finalité exclusive est la recherche de débiteurs en masse consiste à mettre en œuvre, pour le compte de tiers, dans le cadre d'une demande spécifique, tous moyens d'investigations destinés à déterminer les éléments relatifs aux coordonnées, à la solvabilité et au patrimoine d'une personne physique.

L'interrogation de bases de données issues de publicités légales ou de fichiers accessibles à titre gratuit et/ou onéreux ne constitue pas une activité d'enquête civile.

Article 2 – Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet de réviser le régime conventionnel de branche de couverture des Frais de santé au regard du renouvellement de la clause de recommandation qu'il comportait à sa signature le 25 septembre 2015.

À cette occasion, les partenaires sociaux rappellent leur volonté de pérenniser et de sécuriser le régime fondateur applicable depuis le 1er janvier 2016 en renforçant encore la mutualisation de ce dispositif collectif et obligatoire.

Article 3 - Prestations obligatoires minimales

Les prestations de la couverture du socle obligatoire (couverture Base 1) devant bénéficier a minima, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaires sont mentionnées dans les grilles annexées au présent avenant.

Il est rappelé que, à titre plus favorable, les entreprises couvertes par l'accord de branche modifié peuvent faire le choix d'appliquer, comme couverture collective et obligatoire, les couvertures Base 2 ou Base 3 visées dans les grilles annexées au présent avenant.

Ainsi, les grilles de garanties révisées et annexées au présent avenant remplacent les précédentes à compter de l'entrée en vigueur du présent avenant.

Article 4 - Cotisations et répartition

Les partenaires sociaux maintiennent la structure des cotisations du régime, exprimées pour rappel en pourcentage du salaire brut fixe de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires notamment) du salarié bénéficiaire, plafonnées par des montants exprimés en euros.

Les cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire, visées à l'article 9.1.1 de l'accord modifié, sont fixées comme suit pour les entreprises et salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale :

Cotisation du régime collectif obligatoire (Régime général)	Cotisation (en % du salaire)	Plafond de cotisation (en €)
Base 1	1,57%	46,00€
Base 2	2,36%	69,32€
Base 3	2,82%	82,93€

Les partenaires sociaux fixent expressément une grille de cotisations spécifiques au titre du socle conventionnel obligatoire pour les entreprises et salariés relevant du régime spécifique de l'Alsace-Moselle, comme suit :

Cotisation du régime collectif obligatoire (Alsace-Moselle)	Cotisation (en % du salaire)	Plafond de cotisation (en €)
Base 1	1,10%	32,20€
Base 2	1,65%	48,52€
Base 3	1,97%	58,05€

Les cotisations au titre des couvertures facultatives visées à l'article 9.1.2 a) de l'accord modifié sont fixées comme suit :

Cotisations des adhésions facultatives (en % du PMSS) – Régime général	Conjoint	Enfant
Base 1	0,74%	0,41%
Base 2	1,10%	0,51%
Base 3	1,32%	0,64%

Cotisations des adhésions facultatives (en % du PMSS) – Alsace-Moselle	Conjoint	Enfant
Base 1	0,52%	0,29%
Base 2	0,77%	0,36%
Base 3	0,92%	0,45%

Les cotisations au titre des couvertures optionnelles visées à l'article 9.1.2 b) de l'accord modifié sont fixées comme suit :

- Pour le salarié isolé :

Cotisations des couvertures optionnelles – Régime général	Régime obligatoire (en % du salaire)	Plafond sur le régime obligatoire (en €)	Option à charge du salarié (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + Base 2 en option	1,57%	46,00€	0,36%
Base 1 obligatoire + Base 3 en option			0,57%
Base 2 obligatoire + Base 3 en option	2,36%	69,32€	0,21%

Cotisations des couvertures optionnelles – Alsace-Moselle	Régime obligatoire (en % du salaire)	Plafond sur le régime obligatoire (en €)	Option à charge du salarié (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + Base 2 en option	1,10%	32,20€	0,36%
Base 1 obligatoire + Base 3 en option			0,57%
Base 2 obligatoire + Base 3 en option	1,65%	48,52€	0,21%

- Pour les ayants droit :

Régime général	Conjoint (en % du PMSS)	Enfant (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + Base 2 en option	1,10%	0,51%
Base 1 obligatoire + Base 3 en option	1,32%	0,64%
Base 2 obligatoire + Base 3 en option	1,32%	0,64%

Alsace-Moselle	Conjoint (en % du PMSS)	Enfant (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + Base 2 en option	0,88%	0,39%
Base 1 obligatoire + Base 3 en option	1,10%	0,52%
Base 2 obligatoire + Base 3 en option	0,99%	0,49%

Article 5 - Assureurs gestionnaires recommandés / Clause de recommandation

La clause de recommandation visée à l'article 12 de l'accord modifié est révisée comme suit :

> ***« Article 12.1 - Assureurs recommandés***
>
> *En application des dispositions de l'article L912-1 du Code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont décidé de recommander deux organismes assureurs pour couvrir le régime frais de santé conventionnel.*
>
> *C'est à l'issue d'une procédure de mise en concurrence ayant respecté les conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats que cette recommandation est intervenue.*
>
> *Par conséquent en application du présent accord et compte-tenu de leurs réponses à l'appel d'offres notamment vis-à-vis du principe de mutualisation, les organismes assureurs recommandés à l'unanimité des membres de la commission paritaire, à compter du 1er janvier 2019 sont :*
>
> - ***HARMONIE Mutuelle**, membre du Groupe VYV, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Siège social : 143 Rue Blomet – 75015 PARIS.*
> - ***MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE** : Institution de Prévoyance, régie par le Code de la Sécurité Sociale. Siège Social : 21 rue Laffitte – 75009 PARIS.*

Un article 12.2, relatif à l'apérition, est ajouté à l'accord modifié comme suit :

> ***« Article 12.2 - Apérition***
>
> *L'apérition du régime est confiée à l'un des coassureurs pour une durée de 3 ans à compter du 1er janvier 2019.*
>
> *À l'issue de cette durée, les partenaires sociaux pourront décider de confirmer l'organisme apériteur à son poste ou de confier l'apérition à un autre organisme recommandé.*
>
> *La décision des partenaires sociaux sera éclairée par un bilan de l'apérition triennale établi sur la base d'un cahier des charges défini dans le protocole technique annexé au présent accord et indivisible de ce dernier.*
>
> *Les partenaires sociaux ont convenu de confier l'apérition du régime pour les trois premiers exercices à l'assureur suivant :*
>
> - ***MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE** : Institution de Prévoyance, régie par le Code de la Sécurité Sociale. Siège Social : 21 rue Laffitte – 75009 PARIS.*

L'article 13 de l'accord modifié, relatif à la durée de la recommandation, est révisé comme suit :

> ***« Article 13 - Durée de la recommandation***
>
> *Les assureurs susvisés sont recommandés pour couvrir le présent régime de frais de santé pour une durée maximale de 5 ans.*
>
> *Six mois au moins avant l'échéance de cette période, les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux.*
>
> *Ce réexamen pourra éventuellement entraîner un changement d'organisme(s) assureur(s) qui s'effectuera, le cas échéant, dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables ».*

Les partenaires sociaux rappellent expressément que toute entreprise qui ne serait pas assurée par les assureurs susvisés au 1er janvier 2019 devra veiller à ce que son contrat d'assurance ou bulletin d'adhésion prévoie des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent avenant.

Il est en particulier rappelé aux entreprises ayant adhéré à l'assureur recommandé au titre de la période 2016-2018 qu'elles devront veiller à disposer d'un nouveau contrat d'assurance conforme aux termes du présent avenant au 1er janvier 2019.

Article 5 – Degré élevé de solidarité

Les signataires rappellent leur attachement aux dispositions de l'article L912-1 du Code de la sécurité sociale prévoyant la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Il est rappelé qu'un accord a été conclu le 19 avril 2016 relatif au degré de solidarité des régimes de Prévoyance et de Frais de santé.

Ainsi, le régime mutualisé instauré par l'accord initialement conclu le 25 septembre 2015, modifié par l'avenant du 13 novembre 2017, participe pleinement de cette politique conventionnelle de solidarité.

Article 6 – Suivi du régime - Commission paritaire nationale de santé

Au regard de la recommandation visée à l'article 5 du présent avenant, l'article 15 de l'accord modifié est révisé comme suit :

> *« **Article 15 - Commission paritaire nationale de santé***
>
> *Au titre du suivi de l'application du présent accord, il est rappelé l'existence d'une commission paritaire nationale de santé.*
>
> *Celle-ci est composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales de salariés et signataires du présent accord et d'un nombre égal de représentants des organisations d'employeurs.*
>
> *Son rôle est de suivre l'application et l'évolution du présent accord et du régime conventionnel de frais de santé.*
>
> *Au titre de ses différentes missions, il s'agira notamment de :*
>
> > *– piloter paritairement, à l'aide des assureurs recommandés, le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte dans le temps des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation.*
> >
> > *Ce suivi s'effectuera selon un principe de pilotage à l'équilibre de chacun des périmètres du risque.*
> >
> > *Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole.*
> >
> > *– faire évoluer à la hausse ou à la baisse les garanties et/ou les tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;*
> >
> > *– mettre en place, à l'aide des assureurs recommandés, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord, en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation.*
>
> *Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables.*
>
> *Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.*
>
> *Il est convenu que cette commission se réunira, dans la mesure du possible, sur un rythme équivalent à celui de la commission paritaire nationale de prévoyance, soit à raison d'une réunion tous les 2 mois, au moins deux fois par an.*
>
> *Les réunions de ces deux commissions seront, autant que possible, réunies sur une même journée ou demi-journée le cas échéant.*
>
> *Chaque délégation peut se faire assister par un conseiller technique ».*

Article 7 - Date d'effet, durée et dépôt du présent avenant

Sans préjudice des dispositions de l'article L912-1 du Code de la sécurité sociale, le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet à compter du 1er janvier 2019 indépendamment de son extension.

Il est entendu que les dispositions non modifiées de l'accord du 25 septembre 2015 modifié par l'avenant 13 novembre 2017 restent pleinement applicables en l'état de leur dernière rédaction.

Conformément à l'article L911-1 du Code de la sécurité sociale, il est précisé que les parties demanderont l'extension du présent avenant auprès des services du ministère compétent.

Un protocole technique et financier propre à la nouvelle recommandation est annexé au présent avenant. Ce document est indivisible de l'avenant et prend effet dans les mêmes conditions.

Le présent avenant sera déposé par la partie la plus diligente, conformément à l'article L2231-6 du Code du travail.

Il sera communiqué, avec cette demande d'extension, l'ensemble des documents requis par le Code de la sécurité sociale, compte tenu de la clause de désignation, objet du présent avenant.

Article 8 – Révision et dénonciation de l'avenant

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation dans les conditions prévues par l'accord du 25 septembre 2015 modifié par l'avenant du 13 novembre 2017.

Le protocole technique propre à la nouvelle recommandation pourra être révisé et dénoncé dans les mêmes conditions.

Article 9 – Application de l'avenant aux entreprises de moins de 50 salariés

Compte-tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent accord s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

Fait à Paris, le 10 septembre 2018

Pour les organisations patronales		Pour les organisations syndicales	
ANCR M. GINGEMBRE		**CFDT-F3C** M. CLÉRET	
FIGEC M. BATTISTA		**CFE-CGC FNECS** M. KOUBI	
SIST M. PETIT		**CFTC-CSFV** M. CHIARONI	
SNPA M. LIXI		**CGT-FSE** Mme BENFIGUIG	
SORAP M. CADIOU		**FEC-FO Services** Mme SIMON	
SP2C M. DUBREIL		**SUD-SOLIDAIRES** M. MADELIN	
SYNAPHE M. CHARBONNIER			

ANNEXES

Annexe I - Tableau des garanties du minimum conventionnel obligatoire Base 1

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la SS)
Hospitalisation (1)	
Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130% BR
Frais de séjour	110% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique (2)	100% FR
Transport pris en charge par la SS	100% BR
Honoraires non conventionnés y compris maternité	130% BR
Chambre particulière y compris maternité	20€ / jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (moins de 16 ans et plus de 70 ans)	20€ / jour
Soins courants (1)	
Consultation visite généraliste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR
Consultation visite spécialiste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130% BR
Actes techniques médicaux / de spécialité	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130% BR
Radiologie	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130% BR
Analyses	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Appareillage	
Prothèses auditives (Prises en charge par la SS)	200% BR
Orthopédie et autres prothèses (Prises en charge par la SS)	120% BR
Pharmacie et médicaments	
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR
Pharmacie remboursée à 30%	100% BR
Pharmacie remboursée à 15%	100% BR

Dentaire	
Soins dentaires	125% BR
Inlay Onlay	150% BR
Prothèses dentaires (remboursées SS)	185% BR
Orthodontie (remboursée SS)	185% BR
Forfait implantologie limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	300 €
Optique 1 équipement tous les 2 ans (ramené à 1 an pour les mineurs et/ou si évolution de la vue) - en complément du remboursement de la Sécurité Sociale	
Monture	130 €
Verre simple (Type 1)	70 €
Verre complexe (Type 2)	140 €
Verre très complexe (Type 3)	250 €
Lentilles (remboursées SS) - remboursement minimum à 100% BR	Forfait annuel 200 € (minimum 100% BR)
Lentilles (non remboursées SS)	-
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	-
Autres	
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	-
Cure thermale (remboursées SS)	-
Complément équipements post cancer post rayons/chimio	150 €
Prévention	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR

(1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée

OPTAM : Option Tarifaire Maitrisé
OPTAM-CO : Option Tarifaire Maitrisé Chirurgie Obstétrique
L'OPTAM /OPTAM-CO a remplacé, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maitrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.
SS : Sécurité Sociale
BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.
Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Annexe II - Tableaux des garanties Base 2

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la SS)
Hospitalisation (1)	
Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160% BR
Frais de séjour	110% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique (2)	100% FR
Transport pris en charge par la SS	100% BR
Honoraires non conventionnés y compris maternité	160% BR
Chambre particulière y compris maternité	40€ / jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (moins de 16 ans et plus de 70 ans)	20€ / jour
Soins courants (1)	
Consultation visite généraliste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR
Consultation visite spécialiste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160% BR
Actes techniques médicaux / de spécialité	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160% BR
Radiologie	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160% BR
Analyses	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Appareillage	
Prothèses auditives (Prises en charge par la SS)	250% BR
Orthopédie et autres prothèses (Prises en charge par la SS)	150% BR
Pharmacie et médicaments	
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR
Pharmacie remboursée à 30%	100% BR
Pharmacie remboursée à 15%	100% BR

Dentaire	
Soins dentaires	125% BR
Inlay Onlay	200% BR
Prothèses dentaires (remboursées SS)	250% BR
Orthodontie (remboursée SS)	200% BR
Forfait implantologie limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	600 €
Optique 1 équipement tous les 2 ans (ramené à 1 an pour les mineurs et/ou si évolution de la vue) - en complément du remboursement de la Sécurité Sociale	
Monture	150 €
Verre simple (Type 1)	80 €
Verre complexe (Type 2)	160 €
Verre très complexe (Type 3)	300 €
Lentilles (remboursées SS) - remboursement minimum à 100% BR	Forfait annuel 250 € (minimum 100% BR)
Lentilles (non remboursées SS)	
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	300 €
Autres	
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	30 € / séance (limitée à 3 séances / an)
Cure thermale (remboursées SS)	100 €
Complément équipements post cancer post rayons/chimio	200 €
Prévention	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR

(1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée

OPTAM : Option Tarifaire Maitrisé
OPTAM-CO : Option Tarifaire Maitrisé Chirurgie Obstétrique
L'OPTAM /OPTAM-CO a remplacé, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maitrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.
SS : Sécurité Sociale
BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.
Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Annexe III - Tableaux des garanties Base 3

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la SS)
Hospitalisation (1)	
Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Frais de séjour	110% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique (2)	100% FR
Transport pris en charge par la SS	100% BR
Honoraires non conventionnés y compris maternité	200% BR
Chambre particulière y compris maternité	80€/ jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (moins de 16 ans et plus de 70 ans)	30€ / jour
Soins courants (1)	
Consultation visite généraliste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR
Consultation visite spécialiste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Actes techniques médicaux / de spécialité	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Radiologie	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Analyses	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Appareillage	
Prothèses auditives (Prises en charge par la SS)	300% BR
Orthopédie et autres prothèses (Prises en charge par la SS)	200% BR
Pharmacie et médicaments	
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR
Pharmacie remboursée à 30%	100% BR
Pharmacie remboursée à 15%	100% BR

Dentaire	
Soins dentaires	125% BR
Inlay Onlay	250% BR
Prothèses dentaires (remboursées SS)	350% BR
Orthodontie (remboursée SS)	300% BR
Forfait implantologie limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	900 €
Optique 1 équipement tous les 2 ans (ramené à 1 an pour les mineurs et/ou si évolution de la vue) - en complément du remboursement de la Sécurité Sociale	
Monture	150 €
Verre simple (Type 1)	90 €
Verre complexe (Type 2)	170 €
Verre très complexe (Type 3)	350 €
Lentilles (remboursées SS) - remboursement minimum à 100% BR	Forfait annuel 300 € (minimum 100% BR)
Lentilles (non remboursées SS)	
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	600 €
Autres	
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	40 € / séance (limitée à 4 séances / an)
Cure thermale (remboursées SS)	150 €
Complément équipements post cancer post rayons/chimio	250 €
Prévention	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR

(1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée

OPTAM : Option Tarifaire Maitrisé
OPTAM-CO : Option Tarifaire Maitrisé Chirurgie Obstétrique
L'OPTAM /OPTAM-CO a remplacé, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maitrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.
SS : Sécurité Sociale
BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.
Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Annexe IV - Protocole technique et financier

Voir le document joint.