



Ensemble
du personnel

NOTICE D'INFORMATION

RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide,
de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD)
du 21 mai 2010 et ses avenants



JANVIER 2016

Sommaire

Présentation du régime conventionnel	4
Information des salariés	4
Affiliation des salariés	4
Extension de la couverture Frais de santé pour vos ayants droit	5
Subrogation	5
Informatique et libertés	6
Prescription	6
Contrôle	6
Fonds d'action sociale de la branche	6
la garantie Frais de santé	7
Quels sont les frais médicaux pris en charge par le régime complémentaire santé?	7
Les formules de prestations	7
Contrat responsable	7
Pharmacie	8
Maternité	8
Limitation aux frais réels	8
Modalité de règlement des prestations	8
Tiers payant	9
Cotisations	9
Rupture ou fin du contrat de travail/la portabilité des droits/Loi Evin	10
Ayants droit d'un salarié décédé	11
Annexe : tableaux des garanties	12
Formule « Base Prime »	12
Détail du poste optique: formule « Base Prime »	14
Formule « Confort » (si souscrite par l'assuré)	15
Détail du poste optique: formule « Confort »	17
Formule « Confort + » (si souscrite par l'assuré)	18
Détail du poste optique: formule « Confort + »	20
Attestation de réception de la notice d'information	21

I. PRÉSENTATION DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Votre structure relève de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (dénommée ci-après BAD), signée le 21 mai 2010.

Cette Convention Collective Nationale et ses avenants (Chapitre 2 du titre VII de la Convention Collective Nationale) a instauré un régime de Branche « Frais de santé » applicable à l'ensemble des salariés des structures et organismes employeurs privés à but non lucratif entrant dans le champ d'application de la Convention Collective de la Branche.

Ce régime, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, est modifié à effet du 1^{er} janvier 2016.

Dans le cadre de la mutualisation et pour favoriser la diffusion et l'application optimale de la garantie, les partenaires sociaux ont co-désigné, en tant qu'assureurs et gestionnaires de la complémentaire santé, les organismes suivants :

- **AG2R RÉUNICA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE – 104-110, boulevard Haussmann, 75008 Paris – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.
- **HUMANIS Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale,
Siège social: 29, boulevard Edgar Quinet – 75014 Paris.
- **MACIF-MUTUALITÉ**, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, SIREN N° 779 558 501
Siège social: Carré Haussmann – 22-28 rue Joubert – 75435 PARIS cedex 09.
- **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social: 125, avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON cedex.
Agissant pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires: ADREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC, MUTUELLES SAINT GERMAIN, SMIRSEP, OCIANE.

Les quatre assureurs désignés sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

INFORMATION DES SALARIÉS

La notice d'information est obligatoirement remise au salarié par son employeur. Elle permet de connaître la garantie ainsi que les modalités définies au contrat de complémentaire santé souscrit par l'employeur.

Chaque salarié doit compléter et remettre à son employeur l'attestation se trouvant page 21. Cette attestation est destinée à certifier que le salarié a bien reçu la présente notice.

Tout salarié a la possibilité de s'adresser à son employeur ou aux représentants du personnel pour connaître le contenu complet des dispositions conventionnelles relatives à la complémentaire santé de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD). Pour toute question d'interprétation, d'orientation générale, d'application de la Convention Collective, il peut s'adresser aux membres de la Commission Paritaire et, pour toute question liée à la gestion du Régime, l'organisme assureur est à disposition.

Toute modification des garanties décidée par les partenaires sociaux de la Branche sera opposable au salarié après remise de la nouvelle notice d'information ou d'un additif par l'employeur.

AFFILIATION DES SALARIÉS

Votre affiliation en tant que salarié, affilié au régime général de la Sécurité sociale ou au régime maladie d'Alsace/Moselle, a lieu :

- au plus tôt, à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur, si vous êtes sous contrat de travail à cette même date,
- à la date de votre embauche si celle-ci est postérieure à l'adhésion de votre entreprise au régime,
- à la date à laquelle vous n'employez plus les conditions pour être dispensé d'affiliation au régime.

DISPENSE D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Par dérogation au caractère obligatoire, vous pouvez être dispensés d'affiliation au présent régime, dans le respect des dispositions d'ordre public et des conditions prévues au chapitre 2 du Titre VII susmentionné. Les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas vous être imposées par votre entreprise. Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, votre affiliation au régime frais de santé de base obligatoire. Dans ce cas, votre affiliation prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la demande. En tout état de cause, vous serez tenus de cotiser et d'adhérer à la couverture frais de santé de base obligatoire lorsque vous cesserez de justifier de votre situation.

MODALITÉS D'AFFILIATION DES SALARIÉS

Votre affiliation se fait au moyen du Bulletin d'Affiliation Individuel fourni par l'assureur. Vous devrez compléter et signer ce bulletin qui vous sera remis par votre employeur. Vous donnez votre accord ou non à la transmission automatique de vos données par la Sécurité sociale à l'organisme assureur désigné (procédure Noémie).

Ce bulletin comporte les renseignements vous concernant vous en tant que salarié (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale...) et le cas échéant, vos ayants droit.

Ce bulletin devra être retourné, accompagné de la photocopie de votre attestation papier d'assuré social qui accompagne votre carte Vitale ainsi que toute autre pièce mentionnée au Bulletin d'Affiliation Individuel.

CESSATION DE L'AFFILIATION DES SALARIÉS

VOTRE AFFILIATION PREND FIN:

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui vous lie avec votre structure, ou à la fin de la période de portabilité;
- pour l'ensemble des salariés de toutes les entreprises adhérentes, à la prise d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance;
- pour l'ensemble des salariés d'une entreprise adhérente, à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application de la Convention collective de la BAD ou à la date de résiliation de son adhésion;
- à la date d'effet de la dénonciation de la Convention collective de la BAD.

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du salarié entraîne, à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de ses ayants droit.

EXTENSION DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ POUR VOS AYANTS DROIT

Vous pouvez demander à titre facultatif et individuel l'extension du régime complémentaire santé à vos ayants droit et ce moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

L'adhésion prend effet à la date de votre affiliation lorsque vous avez exprimé le choix d'étendre la garantie à vos ayants droit à cette date ou à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'assureur de votre demande.

Vos ayants droit bénéficient d'un niveau de couverture santé que vous avez choisi pour vous-même.

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

SONT CONSIDÉRÉS COMME VOS AYANTS DROIT:

- votre conjoint marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation;
- à défaut, votre partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité);
- à défaut, votre concubin vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que votre concubin et vous-même soyez tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que votre domicile fiscal et celui de votre concubin soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union;
- vos enfants à charge (légitimes, reconnus ou adoptés) ainsi que ceux de votre conjoint, ou de votre partenaire de PACS ou concubin, à condition que vous ou votre conjoint, pacsé ou concubin tel que défini par le régime, ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit de vos enfants, que vous participiez effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. Les enfants doivent:
 - être à charge au sens de la législation sociale,
 - ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans:
 - poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants;
 - ou, être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi;
 - ou, être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...);

- ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité.
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles (taux d'incapacité permanente au moins égale à 80 % ou personne classée en 3^e catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale).

MODALITÉS D'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

Pour faire adhérer vos ayants droit, vous devrez préalablement compléter et signer un bulletin d'adhésion. Vous devrez par ailleurs, s'agissant de vos ayants droit assurés sociaux disposant de leur numéro de Sécurité sociale en propre, fournir à l'assureur la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale et, selon le cas:

- s'agissant de votre conjoint marié: la copie du livret de famille;
- s'agissant de votre partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité) la photocopie du dit PACS;
- s'agissant de votre concubin: l'attestation sur l'honneur de vie commune ainsi que vos deux derniers avis d'imposition;
- s'agissant de vos enfants: le justificatif de scolarité ou copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat de formation en alternance ou l'attestation d'inscription au Pôle emploi;
- s'agissant de vos enfants infirmes et ce quel que soit leur âge: la photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Pour vos ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale, la photocopie de votre attestation papier d'assuré social qui accompagne votre carte Vitale, préalablement transmise lors de votre affiliation, est suffisante.

CESSATION DE L'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

LA COUVERTURE DE VOS AYANTS DROIT PREND FIN:

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez dénoncé l'extension de la complémentaire santé de votre ou vos ayant(s) droit, par lettre recommandée adressée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion. Toute nouvelle adhésion de la ou des personne(s) concernée(s) ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de deux ans après la prise d'effet de la dénonciation sauf changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant...) ou encore changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut...);
- au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation de votre ou vos ayants droit à une couverture complémentaire santé obligatoire;
- à la date à laquelle votre ayant droit perd cette qualité;
- en tout état de cause, le jour où vous cessez de bénéficier du régime.

SUBROGATION

Les assureurs désignés sont subrogés de plein droit aux bénéficiaires (salarié et/ou ayants droit), victimes d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées conformément aux dispositions légales.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations concernant le salarié ainsi que ses ayants droit sont utilisées conformément à l'alinéa 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, complétée par l'alinéa 6 août 2004 relative à « la protection des données à caractère personnel ».

Les données sont exclusivement communiquées aux différents services des OAD et le cas échéant, à leurs mandataires et gestionnaires concernés.

Conformément aux dispositions légales, le salarié ou le cas échéant ses ayants droit, dispose(nt) d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes; d'un droit d'accès et de communication; d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller; d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. L'assuré peut exercer ultérieurement ses droits pour les données à caractère personnel le (les) concernant en s'adressant au service compétent de chaque OAD. Les coordonnées figurent sur le bulletin d'affiliation.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant des présentes Conditions générales est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

TOUTEFOIS, CE DÉLAI NE COURT :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'OAD en a eu connaissance;
 - en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'adhérent, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'OAD pour cause de recours d'untiers, le délai de prescription ne court que du jour où cet tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par les articles 2240 et suivants du code de civil, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'OAD à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CONTRÔLE

Les déclarations faites, tant par votre employeur que par vous-même, servent de base à la garantie.

L'organisme assureur se réserve toutefois la possibilité de vérifier les données communiquées et/ou les documents produits par l'entreprise ou vous-même, tant à l'occasion de l'adhésion de votre entreprise, de votre affiliation et/ou celle de vos ayants droit, du versement des cotisations qu'au moment de l'ouverture des droits à prestations.

FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE

Un fonds social dédié est créé par les partenaires sociaux de la Branche de l'aide de l'accompagnement, des soins et services à domicile en faveur des bénéficiaires (salariés et ayants droit) du régime de complémentaire santé. Ils en assurent la gouvernance et en délèguent la gestion à votre organisme assureur.

II. LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

QUELS SONT LES FRAIS MÉDICAUX PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Les frais médicaux remboursés par le régime sont ceux qui ouvrent droit à prise en charge par la Sécurité sociale. L'organisme assureur intervient en complément des remboursements de la Sécurité sociale, pour les différents postes décrits en annexe. Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement, sauf dérogations indiquées dans les tableaux de formules de prestations.

Donnent droit à remboursement, les frais médicaux engagés par vous-même et le cas échéant par vos ayants droit pour lesquels l'extension de couverture a été demandée.

Seuls les actes dont le fait générateur et la date de soins sont postérieurs à votre date d'affiliation (le cas échéant à la date d'adhésion de vos ayants droit) et antérieurs à la date de cessation des garanties peuvent donner lieu à indemnisation.

La date retenue concernant la date de soins est celle utilisée par le régime obligatoire pour procéder au remboursement de la part obligatoire de la Sécurité sociale, à défaut la date mentionnée sur la facture délivrée par le professionnel de santé pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale (conformément aux dérogations indiquées aux tableaux de garanties).

LES FORMULES DE PRESTATION

Le régime propose trois formules de prestations, à savoir :

- Base prime,
- Confort,
- Confort Plus.

Vous êtes affilié de plein droit à la formule « Base prime ». Vous pouvez opter pour un niveau supérieur de couverture en adhérant aux formules « Confort » ou « Confort Plus ». Le détail de chaque formule figure en annexe de la présente notice d'information.

Vous retenez une formule de prestations au moment de votre affiliation. Cette formule vaut tant pour vous-même que pour vos ayants droit dès lors que la garantie leur est étendue.

Les prestations incluent les versements de la Sécurité sociale, et le cas échéant, si les formules « Confort » ou « Confort Plus » ont été souscrites, ceux du régime « Base prime ».

Pour votre information, des exemples de remboursements sont disponibles sur le site ameli.fr.

> *Changement de formule de prestations*

Vous pouvez changer de formule de prestations au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins trois mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.

La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut...). Le changement interviendra dans ces cas le premier jour du trimestre civil suivant la demande.

Toute modification de formule de prestations concernera l'ensemble des personnes assurées.

CONTRAT RESPONSABLE

Le régime défini dans la Convention Collective Nationale de la BAD, repris dans la présente notice d'information, est « responsable » selon les dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

LE CONTRAT SOLICITE PAR LE BÉNÉFICIAIRE NE PEUT PAS ÊTRE CHARGÉ

- Conformément à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
 - Conformément à l'article L.322-2 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.322-5 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale).
- Conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant

ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

- La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants-droits sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
- Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

PRESTATION EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DU PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Lorsque la limitation est exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, le plafond retenu est celui en vigueur à la date de survenance de la dépense ou de l'événement.

MONTANTS DES FRAIS RÉELS RETENUS

Les montants des frais réellement engagés retenus par l'organisme assureur sont égaux :

- aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

PHARMACIE

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

MATERNITÉ

Pour votre maternité, celle de votre épouse non divorcée ou non séparée de corps judiciairement, de votre concubine ou de votre partenaire liée par un PACS si celle-ci est ayant droit, la garantie prévue au risque hospitalisation chirurgicale s'applique dans l'hypothèse d'une intervention chirurgicale (césarienne). Les soins et frais indemnisés au titre de la législation Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont par ailleurs garantis par extension du risque Maladie. Sont à ce titre couverts les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examen en laboratoire, frais d'optique et de prothèses dentaires.

> *Dispositions spéciales pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle*

Si vous relevez du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle, l'organisme assureur tient compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

> Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour les actes et frais engagés dans le cadre de secteur non conventionné, l'assureur calculera vos prestations complémentaires sur la base du tarif d'autorité pratiqué par la Sécurité sociale.

LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

Conformément aux dispositions de l'article 9 alinéa 1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à la charge de votre ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, l'organisme assureur se réserve la possibilité de demander la justification des frais. Il peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

VOS PRESTATIONS SONT REMBOURSÉES:

- soit suite à échange NOEMIE (télétransmission avec la Sécurité sociale), sauf opposition écrite de votre part,
- soit sur présentation du décompte original établi par la Sécurité sociale.

Les prestations vous sont versées soit directement, soit aux professionnels de santé si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE.

Dans le cadre de l'échange NOEMIE avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, aucune démarche particulière n'est à effectuer. Toutefois, le remboursement de certains actes énoncés ci-après est conditionné à la présentation des factures. Dans ces cas, vous devrez fournir les justificatifs qui figurent ci-dessous à votre organisme gestionnaire.

Il pourra vous être demandé de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Qu'il soit demandé par l'organisme assureur ou produits spontanément par vous-même, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à votre expertise médicale. Dans un tel cas de figure, les frais honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'assureur.

Les prestations sont servies à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

NATURE DES FRAIS	PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	- si absence de prise en charge par échange Noemie et/outiers payant: factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées. Dans le cas de dépassements d'honoraires, ces derniers sont traités via l'analyse et l'enregistrement de ces documents.
Dentaire	- factures originales détaillées et codifiées (nature des actes effectués) et décomptes originaux de la Sécurité sociale.
Optique	HORS TIERS-PAYANT - factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - cas des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale: copie de l'ordonnance et facture acquittée. Dans tous les cas, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, l'assuré doit fournir une nouvelle prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'organisme assureur, la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout autre document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
Vaccin anti grippe/ pilules et patchs contraceptifs	- la prescription ou la copie de l'ordonnance et les factures originales détaillées du pharmacien, datées et acquittées.
Maternité-Adoption d'un enfant demoins de 16 ans	- un original de l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant ou une photocopie de ce document ou du livret de famille délivré par la mairie et certifié sincère par l'assuré.
Cure thermale	- factures originales détaillées de l'établissement thermal et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

cette formule de prestations est précomptée sur votre salaire par l'employeur. L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité de vos cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur votre salaire.

> **Régimes facultatifs, extension facultative aux ayants droit et régime d'accueil**

Les cotisations des formules « Confort », « Confort Plus », de l'extension de la complémentaire santé aux ayants droit, les cotisations du « régime d'accueil » (maintien de couverture aux anciens salariés ou ayants droit) sont prélevées mensuellement ou trimestriellement d'avance, au choix de l'assuré ou du bénéficiaire (ayant droit de l'assuré décédé) sur le compte bancaire de ce dernier. Vous êtes seul responsable du paiement de la cotisation.

En cas de non-paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur vous adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (ou à votre ayant droit défaillant), vous informant des conséquences du non-paiement. Si 40 jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'assureur vous informe ou informe votre ayant droit de la cessation automatique de votre ou de sa garantie ainsi que de votre ou son exclusion du régime facultatif.

MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU SALARIÉ

La garantie frais de santé est suspendue de plein droit si votre contrat de travail est suspendu. Pendant la période de suspension de la garantie, vous ne devez aucune cotisation.

La suspension intervient à la date de suspension de votre contrat de travail et s'achève dès la reprise effective de votre activité au sein de l'entreprise.

TOUTEFOIS, LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ:

est maintenue pendant la période de suite de laquelle vous bénéficiez d'un maintien total ou partiel de rémunération (salaire ou revenu de remplacement) ou d'indemnités journalières complémentaires.

■ Votre employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime « base prime » et le cas échéant vous vous acquittez de la cotisation des régimes « confort », « confort Plus » ainsi que de celle relative à l'extension de la complémentaire santé à vos ayants droit.

■ peut être maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu sans maintien de rémunération (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique...).

Dans ce cas précis, vous devez en faire la demande à votre organisme assureur dans les deux mois suivant la date de suspension de votre contrat de travail si celle-ci est postérieure. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive pendant la période de suspension du contrat de travail.

Le maintien de la garantie complémentaire santé prend effet au plus tôt le 1^{er} jour de la suspension de votre contrat de travail et au plus tard le 1^{er} jour du mois suivant votre demande.

Vous bénéficiez de la couverture qui vous était appliquée en tant que salarié en activité (pour vous et vos ayants droit le cas échéant). Les conditions tarifaires seront celles qui s'appliquent au moment de la demande. La cotisation, à votre charge intégrale, doit être réglée directement auprès de votre organisme assureur.

TIERS-PAYANT

Le Tiers Payant vous permet de ne pas faire l'avance des frais chez certains professionnels de santé, et ce, dans la limite des remboursements prévus dans la formule de prestations retenue.

Une carte de tiers payant vous sera remise. Celle-ci sera nominative et portera mention de vos ayants droit et des actes pouvant se voir appliquer le tiers payant. Une carte peut également être remise à votre conjoint (à défaut au partenaire de Pacs ou concubin) ainsi qu'aux enfants majeurs.

Vous devrez retourner la ou les cartes de tiers payant à l'organisme assureur, via votre employeur, dès que vous cesserez de bénéficier de la garantie. L'organisme assureur pourra être amené à vous demander le remboursement de toutes les prestations indûment réglées via le tiers-payant.

COTISATION

Vos cotisations sont forfaitaires et mensuelles. Tout mois commencé donne lieu au paiement de la totalité de la cotisation.

> **Régime de « Base prime »**

Vos cotisations du régime « Base prime » sont appelées trimestriellement à terme échu auprès de votre employeur par l'organisme assureur dont il relève. Votre quote-part dans le financement de

LE MAINTIEN DE LA GARANTIE CESSE AU PLUS TARD:

- à la date de fin de suspension de votre contrat de travail, date à laquelle vous bénéficierez à nouveau de la garantie en qualité de salarié en activité;
- à la date de rupture de votre contrat de travail sauf mise en œuvre de la portabilité;
- à la date de liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi retraite;
- en cas de non-paiement des cotisations;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur ou du Contrat d'assurance conclu entre les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la BAD et les quatre assureurs désignés;
- en tout état de cause, à votre décès.

RUPTURE OU FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL/LA PORTABILITÉ DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, toutes les garanties à adhésion obligatoire définies au contrat, sont maintenues aux anciens salariés bénéficiaires du régime frais de santé, en cas de cessation de leur contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2014, ouvrant droit à prise en charge par Pôle Emploi, et ce dans les conditions définies ci-après.

BÉNÉFICIAIRES DE LA PORTABILITÉ

Bénéficiaire du maintien des garanties, les anciens salariés :

- dont le contrat de travail est rompu: l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) à l'exception du licenciement pour faute lourde;
- justifiant auprès de l'Organisme Assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties;
- et dont les droits à prestation ont été ouverts chez l'entreprise souscriptrice avant la cessation du contrat de travail.

PRISE D'EFFET, DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DE LA COUVERTURE

> Dated'effet

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

> Durée

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entiers ou le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.

Il est précisé que la suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

> Cessation de maintien des droits

Le maintien des garanties cesse:

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage (reprise d'activité

professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve qu'il bénéficie de cette indemnisation;

- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article traitant de la résiliation du contrat d'adhésion de la structure;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre à la portabilité et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail;
- au jour du décès de l'assuré.

> Formalités de déclaration

L'employeur doit:

- > signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié, et
- > informer l'Organisme Assureur de la sortie du salarié de ses effectifs (date et motif du départ).

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'Organisme Assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

> Financement du maintien de couverture

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. À ce titre, les salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation supplémentaire à acquitter.

> Garanties et Prestations maintenues

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la cessation de son contrat de travail.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur.

Maintien d'assurance dans le cadre des sorties loi Evin: « régime d'accueil »: Salariés partant en retraite, anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant d'un revenu de remplacement, anciens salariés en état d'invalidité ou d'incapacité permanente.

La garantie complémentaire santé peut être maintenue, dans les conditions définies ci-après.

La couverture maintenue est celle appliquée à la rupture de votre contrat de travail. Le maintien est accordé sans examen, sans questionnaire médical et sans délai de carence ou période de stage.

Si vous partez à la retraite, êtes privé d'emploi et bénéficiez d'un revenu de remplacement (notamment allocations chômage, préretraite) ou êtes en état d'invalidité ou incapacité permanente, vous pouvez demander à bénéficier du maintien de la couverture complémentaire santé, conformément aux dispositions de la Loi Evin. Le maintien de garantie s'effectue en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante.

Vous devrez en faire la demande à votre assureur et remplir un bulletin d'adhésion.

Votre demande doit être effectuée dans les **6 mois** qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou le cas échéant dans les **6 mois** suivant l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié à titre temporaire du maintien de la garantie santé à titre de la portabilité des droits. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.

Ce maintien de garantie prend effet selon le cas au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la rupture de votre contrat de travail et au plus tard le lendemain de la réception de votre demande.

IL CESSE:

- à la date à laquelle vous ne bénéficiez plus de la pension de vieillesse, de rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ayant ouvert droit au maintien de la garantie;
- en cas de non-paiement des cotisations;
- à la date de résiliation de votre adhésion, opérée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. La résiliation de l'adhésion est définitive et vaut pour toutes les personnes couvertes;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance conclu entre les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la BAD et les quatre assureurs désignés;
- en tout état de cause, au décès du salarié.

AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ

La garantie complémentaire santé est maintenue à titre gratuit pendant un an, dans les conditions définies ci-après, aux ayants droit du salarié décédé bénéficiaires de la garantie.

La couverture maintenue à vos ayants droit est celle qui vous était appliquée au jour du décès. Le maintien est accordé sans examen, sans questionnaire médical et sans délai de carence ou période de stage.

Vos ayants droit devront en faire la demande à l'organisme assureur et remplir un bulletin d'adhésion.

La demande doit être effectuée au plus tard dans les **6 mois** suivant le décès du salarié. Le dépassement de ce délai de **6 mois** entraîne la forclusion définitive.

Le maintien à titre gratuit prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit votre décès et au plus tard le lendemain de la réception de la demande.

Au-delà de cette période de maintien d'un an à titre gratuit, vos ayants droit peuvent demander un nouveau maintien de garantie en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante. Ce maintien prend effet le premier jour du mois qui suit la demande.

Le maintien de la garantie complémentaire santé cesse :

- en cas de non-paiement des cotisations;
- à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par votre ayant droit, opérée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. La résiliation de l'adhésion est définitive et vaut pour toutes les personnes couvertes;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance conclu entre les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la BAD et les quatre assureurs désignés;
- en tout état de cause, au décès de votre (vos) ayant(s) droit.

ANNEXE

TABLEAUX DES GARANTIES

FORMULE « BASE PRIME »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		
Frais de séjour pris en charge par la Ss	150 % BR	80 % FR limités à 150 % BR
Actes de Chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	150 % BR (médecins adhérents au CAS) 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 150 % BR (médecins adhérents au CAS) 80 % FR limités à 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)
Chambre particulière hors maternité limitée à 1 an	1,5 % du PMSS par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	Néant	
Transport remboursé par la Ss	100 % de la BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur	
ACTES MÉDICAUX REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 100 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	150 % BR (médecins adhérents au CAS) 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de biologie	100 % BR	
Actes médicaux > 120 €	18 €	
ACTES MÉDICAUX NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Densitométrie osseuse	Néant	
Chirurgie réfractive (myopie)	Crédit de 200 €/année civile/œil	
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Pharmacie	100 % BR	
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Vaccins anti-grippe	100 % FR	
Contraception prescrite	Crédit de 2,5% PMSS/année civile	
Sevrage tabagique	Néant	
DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR	
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement	110 % BR	
Prothèses dentaires remboursées Ss (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR	
Prothèses dentaires remboursées Ss (molaires – dents de fond de bouche)	200 % BR	

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

NATURE DES FRAIS	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Inlay et inlay core avec et sans clavette		125 % BR
Orthodontie acceptée Ss		275 % BR

DENTAIRE
NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Parodontologie		
Prothèses dentaires non remboursées Ss		Néant
Orthodontie refusée Ss		
Implant dentaire		

ORTHOPÉDIE/AUTRES PROTHÈSES
REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Prothèses auditives (y compris piles)		100 % BR + crédit de 5 % PMSS/année civile
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)		100 % BR

OPTIQUE

Conformément à l'arrêté n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*). Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue est fondée sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165-1 du code de SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

Monture adulte		RSS + forfait de 90 €
Monture enfant		RSS + forfait de 50 €
Verres		RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽²⁾
Lentilles acceptées par la Ss		Forfait de 2 % PMSS (au minimum 100% de la BR)
Lentilles refusées par la Ss (y compris lentilles jetables)		Crédit annuel de 2 % PMSS/année civile

CURE THERMALE
ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Frais de traitement et honoraires		100 % BR
Frais de voyage et d'hébergement		Néant

MATERNITÉ

Naissance d'un enfant déclaré		Forfait 5% PMSS
Chambre particulière maternité		2% PMSS/jour (dans la limite de 6 jours)

ACTES HORS NOMENCLATURE

Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)		Néant
---	--	-------

ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006

Ensemble des actes de prévention ⁽³⁾		100 % BR
---	--	----------

Tableau de garanties en l'état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Détail du poste optique, pages suivantes.

(3) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans/Détartrage annuel complet sous-gingival, effectué en 2 séances maximum/Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans/Dépistage de l'hépatite B/Dépistage une fois tous les cinq ans de troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des sexes suivants: a) Audiométrie tonale ou vocale; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie; c) Audiométrie vocale dans le bruit; d) Audiométrie tonale et vocale; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie/Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans/Vaccination suivantes, seules ou combinées: a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite: tous âges; b) Coqueluche: avant 14 ans; c) Hépatite B: avant 14 ans; d) BCG: avant 6 ans; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Sécurité sociale; BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale; Remboursement Sécurité sociale; Frais Réels; = euros; Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; Contrat d'Accès aux Soins par la Convention nationale médicale (avenant n° 8).

DÉTAIL DU POSTE OPTIQUE / FORMULE «BASE PRIME»

ADULTE (> OU = 18 ANS)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2203240: verre blanc 2287916: verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	50,00 €
2280660: verre blanc 2282793: verre blanc 2263459: verre teinté 2265330: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75,00 €
2235776: verre blanc 2295896: verre teinté			< à -10 ou > à +10	95,00 €
2259966: verre blanc 2226412: verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	55,00 €
2284527: verre blanc 2254868: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	90,00 €
2212976: verre blanc 2252668: verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	100,00 €
2288519: verre blanc 2299523: verre teinté			< à -6 et > à +6	110,00 €
2290396: verre blanc 2291183: verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120,00 €
2245384: verre blanc 2295198: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	130,00 €
2227038: verre blanc 2299180: verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	130,00 €
2202239: verre blanc 2252042: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	140,00 €

ENFANT (<18 ANS)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	40,00 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75,00 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	85,00 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	45,00 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	80,00 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	90,00 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	100,00 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	110,00 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	120,00 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	120,00 €
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	130,00 €

LPP = Liste des Produits et Prestations.

FORMULE « CONFORT »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Frais de séjour pris en charge par la Ss	250 % BR	80 % FR limités à 250 % BR
Actes de Chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	175 % BR (médecins adhérents au CAS) 155 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 175 % BR (médecins adhérents au CAS) 80 % FR limités à 155 % BR (médecins non adhérents au CAS)
Chambre particulière hors maternité limitée à 1 an	2,5 % PMSS/jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	2 % PMSS/jour	
Transport remboursé par la Ss	100 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur	

ACTES MÉDICAUX REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Généralistes (consultations et visites)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 100 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	175 % BR (médecins adhérents au CAS) 155 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de biologie	100 % BR	
Actes médicaux > 120 €	18 €	

ACTES MÉDICAUX NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Densitométrie osseuse	Néant
Chirurgie réfractive (myopie)	Crédit de 300 €/année civile/œil

PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pharmacie	100 % BR
-----------	----------

PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Vaccins anti-grippe	100 % FR
Contraception prescrite	Crédit 2,5% PMSS/année civile
Sevrage tabagique	Néant

DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement	130 % BR
Prothèses dentaires remboursées Ss (incisives, canines, prémolaires)	350 % BR
Prothèses dentaires remboursées Ss (molaires – dents de fond de bouche)	250 % BR
Inlay et inlay core avec et sans clavette	130 % BR
Orthodontie acceptée Ss	300 % BR

DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Parodontologie ⁽²⁾	Crédit de 300 €/année civile
Prothèses dentaires non remboursées Ss ⁽³⁾	
Orthodontie refusée Ss	
Implant dentaire	Néant

	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
NATURE DES FRAIS	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

ORTHOPÉDIE/AUTRES PROTHÈSES
REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Prothèses auditives (y compris piles)	100 % BR + crédit de 15 % PMSS/année civile
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)	100 % BR

OPTIQUE

Conformément à l'arrêté n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*). Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165-1 du code de SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

Monture adulte	RSS + forfait de 115 €
Monture enfant	RSS + forfait de 75 €
Verres	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽⁴⁾
Lentilles acceptées par la Ss	Forfait de 3 % PMSS (au minimum 100% de la BR)
Lentilles refusées par la Ss (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel de 3 % PMSS/année civile

CURE THERMALE
ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et d'hébergement	Forfait 10 % PMSS

MATERNITÉ

Naissance d'un enfant déclaré	Forfait de 10 % PMSS
Chambre particulière maternité	3 % PMSS/jour (dans la limite de 6 jours)

ACTES HORS NOMENCLATURE

Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant
---	-------

ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006

Ensemble des actes de prévention ⁽⁵⁾	100 % BR
---	----------

Tableau de garanties en l'état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants:

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra-implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes y rapportant: HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) Détail du poste optique, pages suivantes.

(5) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans / Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum / Premier bilan du langage oral et / ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans / Dépistage de l'hépatite B / Dépistage une fois tous les cinq ans de troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants:

- a) Audiométrie tonale et vocale; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie; c) Audiométrie vocale dans le bruit; d) Audiométrie tonale et vocale; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie / Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans / Vaccination suivantes, seules ou combinées: a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite: tous âges; b) Coqueluche: avant 14 ans; c) Hépatite B: avant 14 ans; d) BCG: avant 6 ans; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

SS= Sécurité sociale; BR= Base de Remboursement de la Sécurité sociale; RSS= Remboursement Sécurité sociale; FR= Frais Réels; €= euros; PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; CAS= Contrat d'Accès aux Soins par la Convention nationale médicale (avenant n° 8).

DÉTAIL DU POSTE OPTIQUE / FORMULE «CONFORT»

ADULTE (> OU = 18 ANS)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2203240: verre blanc 2287916: verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	65,00 €
2280660: verre blanc 2282793: verre blanc 2263459: verre teinté 2265330: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	97,50 €
2235776: verre blanc 2295896: verre teinté			< à -10 ou > à +10	123,50 €
2259966: verre blanc 2226412: verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	71,50 €
2284527: verre blanc 2254868: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	117,00 €
2212976: verre blanc 2252668: verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	130,00 €
2288519: verre blanc 2299523: verre teinté			< à -6 et > à +6	143,00 €
2290396: verre blanc 2291183: verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	156,00 €
2245384: verre blanc 2295198: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	169,00 €
2227038: verre blanc 2299180: verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	169,00 €
2202239: verre blanc 2252042: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	182,00 €

ENFANT (<18 ANS)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874: verre blanc 2242457: verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	52,00 €
2243540: verre blanc 2297441: verre teinté 2243304: verre blanc 2291088: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	97,50 €
2273854: verre blanc 2248320: verre teinté			< à -10 ou > à +10	110,50 €
2200393: verre blanc 2270413: verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	58,50 €
2283953: verre blanc 2219381: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	104,00 €
2238941: verre blanc 2268385: verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	117,00 €
2245036: verre blanc 2206800: verre teinté			< à -6 et > à +6	130,00 €
2259245: verre blanc 2264045: verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	143,00 €
2238792: verre blanc 2202452: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	156,00 €
2240671: verre blanc 2282221: verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	156,00 €
2234239: verre blanc 2259660: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	169,00 €

Liste des Produits et Prestations.

FORMULE « CONFORT + »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ

Frais de séjour pris en charge par la Ss	350 % BR	80 % FR limités à 350 % BR
Actes de Chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	200 % BR (médecins adhérents au CAS) 180 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 200 % BR (médecins adhérents au CAS) 80 % FR limités à 180 % BR (médecins non adhérents au CAS)
Chambre particulière hors maternité limitée à 1 an	3,5 % PMSS/jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	2 % PMSS/jour	
Transport remboursé par la Ss	100 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur	

ACTES MÉDICAUX

Généralistes (consultations et visites)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 100 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	200 % BR (médecins adhérents au CAS) 180 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens médicaux	100 % BR	
Actes médicaux > 120 €	18 €	

ACTES MÉDICAUX

NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Densitométrie osseuse	Néant
Chirurgie réfractive (myopie)	Crédit de 400 €/année civile/œil

PHARMACIE

REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pharmacie	100 % BR
-----------	----------

PHARMACIE

NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Vaccins anti-grippe	100 % FR
Contraception prescrite	Crédit 3,5% PMSS/année civile
Sevrage tabagique	Néant

DENTAIRE

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement	160 % BR
	400 % BR
Prothèses dentaires remboursées Ss (molaires – dents de fond de bouche)	300 % BR
Inlay et inlay core avec et sans clavette	160 % BR
Orthodontie acceptée Ss	325 % BR

DENTAIRE

NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Parodontologie ⁽²⁾	Crédit de 600 €/année civile
Prothèses dentaires non remboursées Ss ⁽³⁾	
Orthodontie refusée Ss	
Implant dentaire	Néant

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME⁽¹⁾

NATURE DES FRAIS	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
	Prothèses auditives (y compris piles)	100 % BR + crédit de 25 % PMSS/année civile
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)	150 % BR	

OPTIQUE

Conformément à l'arrêté n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les adultes et de 24 mois pour les enfants, à l'acquisition d'un précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée). Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement d'un équipement de deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.*

** La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165-1 du code de SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.*

Monture adulte	RSS + forfait de 125 €
Monture enfant	RSS + forfait de 75 €
Verres	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽⁴⁾
Lentilles acceptées par la Ss	Forfait de 4 % PMSS (au minimum 100% de la BR)
Lentilles refusées par la Ss y compris lentilles jetables)	Crédit annuel de 4 % PMSS/année civile

**CURE THERMALE
ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et d'hébergement	Forfait 10 % PMSS

MATERNITÉ

Naissance d'un enfant déclaré	Forfait 10 % PMSS
Chambre particulière maternité	4 % PMSS/jour (dans la limite de 6 jours)

ACTES HORS NOMENCLATURE

Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 €/acte dans la limite de 5 actes/année civile
---	--

ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006

Ensemble des actes de prévention ⁽⁵⁾	100 % BR
---	----------

Tableau de garanties en état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants:

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra-implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges: HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes y rapportant: HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) Détail du poste optique en page suivante.

(5) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans / Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum / Premier bilan du langage oral et / ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans / Dépistage de l'hépatite B / Dépistage une fois tous les cinq ans de troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants:

- a) Audiométrie tonale et vocale; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie; c) Audiométrie vocale dans le bruit; d) Audiométrie tonale et vocale; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie / Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans / Vaccination suivantes, seules ou combinées: a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite: tous âges; b) Coqueluche: avant 14 ans; c) Hépatite B: avant 14 ans; d) BCG: avant 6 ans; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Sécurité sociale; **BR**= Base de Remboursement de la Sécurité sociale; **R** = Remboursement Sécurité sociale; **FR** Frais Réels; euros; Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; Contrat d'Accès aux Soins par la Convention nationale médicale (avenant n° 8).

DÉTAIL DU POSTE OPTIQUE / FORMULE «CONFORT+»

ADULTE (> OU = 18 ANS)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2203240: verre blanc 2287916: verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	80,00 €
2280660: verre blanc 2282793: verre blanc 2263459: verre teinté 2265330: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120,00 €
2235776: verre blanc 2295896: verre teinté			< à -10 ou > à +10	152,00 €
2259966: verre blanc 2226412: verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	88,00 €
2284527: verre blanc 2254868: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	144,00 €
2212976: verre blanc 2252668: verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	160,00 €
2288519: verre blanc 2299523: verre teinté			< à -6 et > à +6	176,00 €
2290396: verre blanc 2291183: verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	192,00 €
2245384: verre blanc 2295198: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	208,00 €
2227038: verre blanc 2299180: verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	208,00 €
2202239: verre blanc 2252042: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	224,00 €

ENFANT (<18 ANS)

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874: verre blanc 2242457: verre teinté	UNIFOCAUX		de -6 à +6	64,00 €
2243540: verre blanc 2297441: verre teinté 2243304: verre blanc 2291088: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Sphérique	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120,00 €
2273854: verre blanc 2248320: verre teinté			< à -10 ou > à +10	136,00 €
2200393: verre blanc 2270413: verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	72,00 €
2283953: verre blanc 2219381: verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	128,00 €
2238941: verre blanc 2268385: verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	144,00 €
2245036: verre blanc 2206800: verre teinté			< à -6 et > à +6	160,00 €
2259245: verre blanc 2264045: verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	176,00 €
2238792: verre blanc 2202452: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	192,00 €
2240671: verre blanc 2282221: verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	192,00 €
2234239: verre blanc 2259660: verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	208,00 €

LPP = Liste des Produits et Prestations.

Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement et des services à domicile (BAD) [3381]

Tarifs 2020

Le taux de cotisation frais de santé – Ensemble du personnel – Régime obligatoire

RÉGIME GÉNÉRAL	Base Prime	
	PMSS	Euros
Salarié	1,301 %	44,60 €

RÉGIME ALSACE MOSELLE	Base Prime	
	PMSS	Euros
Salarié	0,844 %	28,93 €

Le taux de cotisation frais de santé – Régime facultatif*

RÉGIME GÉNÉRAL	Base Prime		Confort (facultatif)		Confort + (facultatif)	
	PMSS	Euros	PMSS	Euros	PMSS	Euros
Salarié	-	-	0,435 %	14,91 €	0,702 %	24,06 €
Conjoint	1,527 %	52,35 €	0,468 %	16,04 €	0,802 %	27,49 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,767 %	26,29 €	0,196 %	6,72 €	0,293 %	10,04 €

RÉGIME ALSACE MOSELLE	Base Prime		Confort (facultatif)		Confort + (facultatif)	
	PMSS	Euros	PMSS	Euros	PMSS	Euros
Salarié	-	-	0,435 %	14,91 €	0,702 %	24,06 €
Conjoint	0,992 %	34,01 €	0,468 %	16,04 €	0,802 %	27,49 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,499 %	17,11 €	0,196 %	6,72 €	0,293 %	10,04 €

Le PMSS 2020 est fixé à 3428 €.

* Prélèvement de la cotisation sur le compte bancaire de l'assuré.

Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement et des services à domicile (BAD) [3381]

Tarifs 2020

Le taux de cotisation frais de santé-adhésion ayants droit et options
surcomplémentaires confort et confort +

Régime facultatif & individuel

Pour les ex-salariés ayant souscrit avant le 30 juin 2017

RÉGIME GÉNÉRAL	Base Prime		Confort (facultatif)		Confort + (facultatif)	
	PMSS	Euros	PMSS	Euros	PMSS	Euros
Ancien salarié	1,950 %	66,85 €	+ 0,680 %	23,31 €	+ 1,099 %	37,67 €
Conjoint	2,226 %	76,31 €	+ 0,733 %	25,13 €	+ 1,256 %	43,06 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,820 %	28,11 €	+ 0,209 %	7,16 €	+ 0,314 %	10,76 €

RÉGIME ALSACE MOSELLE	Base Prime		Confort (facultatif)		Confort + (facultatif)	
	PMSS	Euros	PMSS	Euros	PMSS	Euros
Ancien salarié	1,266 %	43,40 €	+ 0,680 %	23,31 €	+ 1,099 %	37,67 €
Conjoint	1,446 %	49,57 €	+ 0,733 %	25,13 €	+ 1,256 %	43,06 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,534 %	18,31 €	+ 0,209 %	7,16 €	+ 0,314 %	10,76 €

Pour les ex-salariés ayant souscrit à compter du 1^{er} juillet 2017

RÉGIME GÉNÉRAL	Base Prime		Confort (facultatif)		Confort + (facultatif)	
	PMSS	Euros	PMSS	Euros	PMSS	Euros
Ancien salarié	1,301 %	44,60 €	+ 0,435 %	14,91 €	+ 0,702 %	24,06 €
Conjoint	2,226 %	76,31 €	+ 0,733 %	25,13 €	+ 1,256 %	43,06 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,820 %	28,11 €	+ 0,209 %	7,16 €	+ 0,314 %	10,76 €

RÉGIME ALSACE MOSELLE	Base Prime		Confort (facultatif)		Confort + (facultatif)	
	PMSS	Euros	PMSS	Euros	PMSS	Euros
Ancien salarié	0,844 %	28,93 €	+ 0,435 %	14,91 €	+ 0,702 %	24,06 €
Conjoint	1,446 %	49,57 €	+ 0,733 %	25,13 €	+ 1,256 %	43,06 €
Enfant à charge (gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,534 %	18,31 €	+ 0,209 %	7,16 €	+ 0,314 %	10,76 €

Le PMSS 2020 est fixé à 3428 €.

Si le départ à la retraite est au 1^{er} juillet 2017 ou postérieur à cette date, les tarifs seront plafonnés comme suit :

la 1^{ère} année où le tarif = celui des actifs

la 2^e année où le tarif = celui des actifs majoré de 25 %

la 3^e année où le tarif = celui des actifs majoré de 50 %

La bascule d'un plafond à l'autre s'effectuera à la date anniversaire d'adhésion de l'individu (sur des années dites glissantes).

ANNEXE

ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR VOS SOINS SANS LIMITE DE DURÉE

Elle doit être remplacée à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.

Je soussigné(e), reconnais avoir
reçu la notice d'information « Régime Complémentaire Santé Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de
l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) » relative au régime de remboursement complémentaire
santé souscrit auprès de l'Organisme Assureur⁽¹⁾
ayant recueilli l'adhésion de mon employeur :

À Le

(1) A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DUNOM DEL'ORGANISME ASSUREUR RETENU.

À DÉCOUPER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e), reconnais avoir
reçu la notice d'information « Régime Complémentaire Santé Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de
l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD) » relative au régime de remboursement complémentaire
santé souscrit auprès de l'Organisme Assureur⁽¹⁾
ayant recueilli l'adhésion de mon employeur :

À Le

(1) A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DUNOM DEL'ORGANISME ASSUREUR RETENU.

Signature du salarié:



AG2R LA MONDIALE **AG2R RÉUNICA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 104/110, boulevard Haussmann – 75008 PARIS



HUMANIS Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale
Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet – 75014 PARIS



MACIF-MUTUALITÉ, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité – SIREN N° 779 558 501
Siège social : Carré Haussmann 22/28, rue Joubert – 75435 PARIS cedex 09



MUTEX, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON cedex
Agissant pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires: ADREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC, MUTUELLE SAINT GERMAIN, SMIRSEP, OCIANE.