

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CONSEILS D'ARCHITECTURE,
D'URBANISME ET DE L'ENVIRONNEMENT DU 24 MAI 2007

AVENANT N° 23

MODIFIANT LE REGIME DE FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE VISE A L'ARTICLE 8.2 DE
LA CONVENTION COLLECTIVE PRECITEE

Signé entre :

Organisation patronale :

- Fédération nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (FNCAUE)

Organisations syndicales :

- Fédération nationale CFE-CGC BTP
- Fédération nationale des salariés de la construction CGT
- Fédération FG FO CONSTRUCTION
- Fédération nationale FNCB-CFDT-SYNATPAU
- Fédération BATI-MAT-TP-CFTC

Préambule :

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité les garanties frais de santé du régime de prévoyance de la Convention collective nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (Titre VIII - 8-2 de la convention), avec les dispositions légales et réglementaires relatives :

- aux contrats solidaires et responsables (article L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale) ;
- à la couverture minimale dite « panier de soins » (article L.911-7 du code de la Sécurité sociale).

16V
1
J. ~~FRV~~
VF VL

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Modification de l'article 5.6 « Tableau de garanties (hors Alsace-Moselle) »

A compter du 1^{er} janvier 2017, le tableau des garanties figurant à l'article 5.6 du Titre VIII – 8.2 de la convention collective, applicable à compter de cette date, est à l'Annexe A du présent avenant.

Article 2 : Modification de l'Annexe 1 « Garanties frais de santé en Alsace-Moselle »

A compter du 1^{er} janvier 2017, le tableau des garanties figurant au paragraphe « 2 Tableau des garanties obligatoires Alsace-Moselle » de l'Annexe 1 au Titre VIII – 8.2 de la convention collective, applicable à compter de cette date, est à l'Annexe A du présent avenant.

Article 3 :

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, pour frais de santé engagés à compter de cette date.

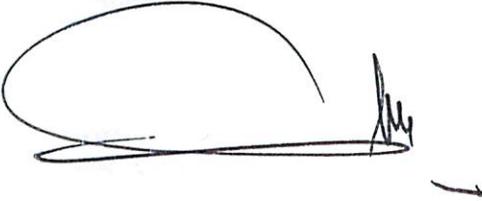
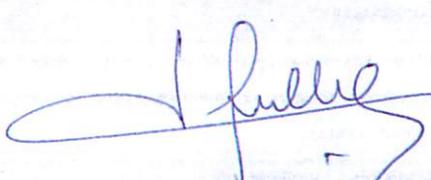
Article 4 :

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du budget, conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 7 Juin 2016, en 6 exemplaires.

2
C.L.V.
[Signature]

<u>Organisation patronale :</u>	<u>Organisations syndicales :</u>
Fédération nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (FNCAUE) 	FNCB-CFDT-SYNATPAU Vincent LÉVUE 
	CFE-CGC BTP François Le Valet 
	BATI-MAT-TP-CFTC Daniel MULLER 
	CGT
	FG FO CONSTRUCTION 

ANNEXE A

Les garanties ci-dessous sont en conformité avec les décrets relatifs aux contrats responsables et solidaires.

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (MÉDECINE - CHIRURGIE - OBSTÉTRIQUE - PSYCHIATRIE) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de séjour (conventionné)	100 % FR
	Frais de séjour (non conventionné)	85 % FR (au minimum TM)
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors contrat d'accès aux soins (conventionné et non conventionné) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière de nuit ⁽²⁾	45 €/jour
	Chambre particulière de jour ⁽²⁾	45 €/jour
	Lit accompagnant enfants de moins de 16 ans ⁽²⁾	45 €/jour
Allocation maternité y compris adoption plénière (par maternité)	Frais réels dans la limite de 385 €/an	
DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins dentaires ⁽³⁾	TM
	Inlay/onlay ⁽⁴⁾	TM + 220 % BR
	Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant ⁽⁴⁾	TM + 220 % BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un TO 90 ^{(3) (4)}	TM + 250 % BR dans la limite de 762,50 €/semestre
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, sur avis du chirurgien-dentiste consultant, sur la base d'un TO 90 - Garantie jusqu'à 25 ans ⁽⁴⁾	250 % BR reconstituée dans la limite de 762,50 €/semestre
PROTHÈSES DENTAIRES	Plafond ⁽⁵⁾ : 1525 €/an/bénéficiaire (le plafond ne concerne que les prothèses dentaires remboursées ou non)	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris inlay core)	TM + 220 % BR	
Couronne et prothèses transitoires non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse)	269,75 €	
Implantologie (forfait annuel)	538 €/an/bénéficiaire	
OPTIQUE - PROTHÈSE ⁽⁵⁾	ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE ⁽³⁾⁽⁵⁾	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans
	Monture de lunettes adulte	150 €
	1 verre simple adulte	Cf. grille optique
	1 verre complexe adulte	Cf. grille optique
	1 verre très complexe adulte	Cf. grille optique
	Monture de lunettes enfant	150 €
	1 verre simple enfant	Cf. grille optique
	1 verre complexe enfant	Cf. grille optique
	1 verre très complexe enfant	Cf. grille optique
	Lentille prescrite remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	150 €/lentille dans la limite de 600 € an/bénéficiaire
AUTRES GARANTIES OPTIQUE		
Chirurgie optique réfractive	350 €/œil/an/bénéficiaire	
AUTRES PROTHÈSES		
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	TM + 215 % BR (plafond 1 525 €/an/bénéficiaire. Au-delà remboursement au TM)	
Appareillage et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription)	TM + 215 % BR	

4

CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
Consultations/visites de généralistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
Consultations/visites de généralistes hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
Consultation/visites de spécialistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
Consultations/visites de spécialistes hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM + 210 % BR
Analyses - actes de biologie	TM + 210 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat) dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat) hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
Imagerie médicale dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
Imagerie médicale hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale (chiropractie, ostéopathie, psychomotricien, acupuncteur, diététicien)	25 €/séance dans la limite de 5 séances/an/bénéficiaire
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée à 65 % par la Sécurité sociale	TM
Pharmacie remboursée à 30 % par la Sécurité sociale	TM
Pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale	TM
Vaccins préventifs non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR
CURE THERMALE	
Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	Frais réels dans la limite de 305 €/cure
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	TM

ACTES DE PRÉVENTION	
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾	TM

<p>FRAIS COUVERTS Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale. Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.</p>	<p>GLOSSAIRE DE : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. FR : Frais réels SS : Remboursement de la Sécurité sociale. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 170 € au 01/01/2015). BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale. TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales. BRR : Base de remboursement reconstituée.</p>
--	---

- (1) Les professionnels de santé signataires du contrat d'accès aux soins sont référencés sur le site ameli-direct.fr.
- (2) Limitation de la prise en charge à 50 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).
La chambre particulière de jour concerne la chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent à minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.
- (4) **DENTAIRE** : Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base des codifications de la Sécurité Sociale indiquées entre parenthèses pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie.
- (5) **OPTIQUE** : Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.
La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).
L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, 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'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.
Les garanties optique respectent les plannings par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.
- (6) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and several smaller initials.

CAUE - GRILLE OPTIQUE

Base	Typologie	Code LPP		Sphère début	Sphère fin	Cylindre début	Cylindre fin	BSSS	Carantie par verre	
UNIFOCAUX	Adulte	2203240 2287916	verre blanc verre teinté	-6,00	+6,00	-	-	2,29 €	63 €	
	Enfant	2261874 2242457	verre blanc verre teinté	-6,00	+6,00	-	-	12,04 €	125 €	
	Adulte	2280660 2282793 2263459 2265330	verre blanc verre blanc verre teinté verre teinté	+/-6,25	+/-10,00	-	-	4,12 €	95 €	
	Enfant	2243540 2297441 2243304 2291088	verre blanc verre teinté verre blanc verre teinté	+/-6,25	+/-10,00	-	-	26,68 €	160 €	
	Adulte	2235776 2295896	verre blanc verre teinté	+/-10,25	+/-20,00	-	-	7,62 €	95 €	
	Enfant	2273854 2248320	verre blanc verre teinté	+/-10,25	+/-20,00	-	-	44,97 €	160 €	
	Adulte	2259966 2226412	verre blanc verre teinté	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	3,66 €	63 €	
	Enfant	2200393 2270413	verre blanc verre teinté	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	14,94 €	125 €	
	Adulte	2284527 2254868	verre blanc verre teinté	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	6,86 €	95 €	
	Enfant	2283953 2219381	verre blanc verre teinté	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	36,28 €	160 €	
	Adulte	2212976 2252668	verre blanc verre teinté	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	6,25 €	95 €	
	Enfant	2238941 2268385	verre blanc verre teinté	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	27,90 €	160 €	
	Adulte	2288519 2299523	verre blanc verre teinté	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	9,45 €	95 €	
	Enfant	2245036 2206800	verre blanc verre teinté	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	46,50 €	160 €	
	MULTIFOCAUX (verres progressifs)	Adulte	2290396 2291183	verre blanc verre teinté	-4,00	+4,00	-	-	7,32 €	145 €
		Enfant	2259245 2264045	verre blanc verre teinté	-4,00	+4,00	-	-	39,18 €	160 €
Adulte		2245384 2295198	verre blanc verre teinté	+/-4,25	+/-20,00	-	-	10,82 €	145 €	
Enfant		2238792 2202452	verre blanc verre teinté	+/-4,25	+/-20,00	-	-	43,30 €	160 €	
Adulte		2227038 2299180	verre blanc verre teinté	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	10,37 €	160 €	
Enfant		2240671 2282221	verre blanc verre teinté	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	43,60 €	175 €	
Adulte		2202239 2252042	verre blanc verre teinté	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	24,54 €	160 €	
Enfant		2234239 2259660	verre blanc verre teinté	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	66,62 €	175 €	

6

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CONSEILS D'ARCHITECTURE,
D'URBANISME ET DE L'ENVIRONNEMENT DU 24 MAI 2007

AVENANT N° ...

MODIFIANT LE REGIME DE FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE VISE A L'ARTICLE 8.2 DE
LA CONVENTION COLLECTIVE PRECITEE

Signé entre :

Organisation patronale :

- Fédération nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (FNCAUE)

Organisations syndicales :

- Fédération nationale CFE-CGC BTP
- Fédération nationale des salariés de la construction CGT
- Fédération FG FO CONSTRUCTION
- Fédération nationale FNCB-CFDT-SYNATPAU
- Fédération BATI-MAT-TP-CFTC

Préambule :

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité les garanties frais de santé du régime de prévoyance de la Convention collective nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (Titre VIII - 8-2 de la convention), avec les dispositions légales et réglementaires relatives :

- aux contrats solidaires et responsables (article L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale) ;
- à la couverture minimale dite « panier de soins » (article L.911-7 du code de la Sécurité sociale).

12V 1
H. f. g. m.
H. v.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Modification de l'article 5.6 « Tableau de garanties (hors Alsace-Moselle) »

A compter du 1^{er} janvier 2017, le tableau des garanties figurant à l'article 5.6 du Titre VIII – 8.2 de la convention collective, applicable à compter de cette date, est à l'Annexe A du présent avenant.

Article 2 : Modification de l'Annexe 1 « Garanties frais de santé en Alsace-Moselle »

A compter du 1^{er} janvier 2017, le tableau des garanties figurant au paragraphe « 2 Tableau des garanties obligatoires Alsace-Moselle » de l'Annexe 1 au Titre VIII – 8.2 de la convention collective, applicable à compter de cette date, est à l'Annexe A du présent avenant.

Article 3 :

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2017, pour frais de santé engagés à compter de cette date.

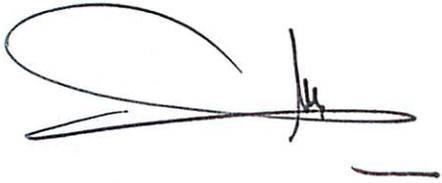
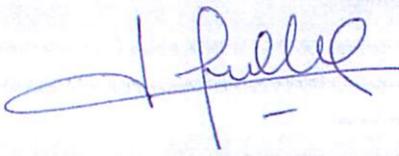
Article 4 :

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du budget, conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 7 Juin 2016, en 6 exemplaires.

2
[Signatures]

<u>Organisation patronale :</u>	<u>Organisations syndicales :</u>
Fédération nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (FNCAUE) 	FNCB-CFDT-SYNATPAU Vincent LEVIVE 
	CFE-CGC BTP François Le Valet F. Le Valet
	BATI-MAT-TP-CFTC Po Daniel MULLER 
	CGT
	FG FO CONSTRUCTION 

ANNEXE A

Les garanties ci-dessous sont en conformité avec les décrets relatifs aux contrats responsables et solidaires.

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (MÉDECINE - CHIRURGIE - OBSTÉTRIQUE - PSYCHIATRIE) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de séjour (conventionné)	100 % FR
	Frais de séjour (non conventionné)	85 % FR (au minimum TM)
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors contrat d'accès aux soins (conventionné et non conventionné) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière de nuit ⁽²⁾	45 €/jour
	Chambre particulière de jour ⁽²⁾	45 €/jour
	Lit accompagnant enfants de moins de 16 ans ⁽²⁾	45 €/jour
Allocation maternité y compris adoption plénière (par maternité)	Frais réels dans la limite de 385 €/an	
DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins dentaires ⁽³⁾	TM
	Inlay/onlay ⁽⁴⁾	TM + 220 % BR
	Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant ⁽⁴⁾	TM + 220 % BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un TO 90 ⁽⁵⁾	TM + 250 % BR dans la limite de 762,50 €/semestre
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, sur avis du chirurgien-dentiste consultant, sur la base d'un TO 90 - Garantie jusqu'à 25 ans ⁽⁵⁾	250 % BR reconstituée dans la limite de 762,50 €/semestre Plafond ⁽⁶⁾ : 1525 €/an/bénéficiaire (% plafond ne concerne que les prothèses dentaires remboursées ou non)
PROTHÈSES DENTAIRES		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris inlay core)	TM + 220 % BR	
Couronne et prothèses transitoires non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse)	269,75 €	
Implantologie (forfait annuel)	538 €/an/bénéficiaire	
OPTIQUE - PROTHÈSE ⁽⁷⁾	ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE⁽⁸⁾⁽⁹⁾	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans
	Monture de lunettes adulte	150 €
	1 verre simple adulte	Cf. grille optique
	1 verre complexe adulte	Cf. grille optique
	1 verre très complexe adulte	Cf. grille optique
	Monture de lunettes enfant	150 €
	1 verre simple enfant	Cf. grille optique
	1 verre complexe enfant	Cf. grille optique
	1 verre très complexe enfant	Cf. grille optique
	Lentille prescrite remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	150 €/lentille dans la limite de 600 € an/bénéficiaire
AUTRES GARANTIES OPTIQUE		
Chirurgie optique réfractive	350 €/œil/an/bénéficiaire	
AUTRES PROTHÈSES		
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	TM + 215 % BR (plafond 1 525 €/an/bénéficiaire. Au-delà remboursement au TM)	
Appareillage et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription)	TM + 215 % BR	

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a large signature, the number '4', and other initials.

CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX		
SOINS DE VILLE	Consultations/visites de généralistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
	Consultations/visites de généralistes hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
	Consultations/visites de spécialistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
	Consultations/visites de spécialistes hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM + 210 % BR
	Analyses - actes de biologie	TM + 210 % BR
	Actes techniques médicaux (effectués en externat) dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
	Actes techniques médicaux (effectués en externat) hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
	Imagerie médicale dans le cadre du contrat d'accès aux soins ⁽¹⁾	TM + 220 % BR
	Imagerie médicale hors contrat d'accès aux soins (conventionnés et non conventionnés) ⁽¹⁾	TM + 100 % BR
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale (chiropractie, ostéopathie, psychomotricien, acupuncteur, diététicien)	25 €/séance dans la limite de 5 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE	
	Pharmacie remboursée à 65 % par la Sécurité sociale	TM
	Pharmacie remboursée à 30 % par la Sécurité sociale	TM
Pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale	TM	
Vaccins préventifs non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR	
CURE THERMALE		
Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	Frais réels dans la limite de 305 €/cure	
FRAIS DE TRANSPORT		
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	TM	
PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾	TM

FRAIS COUVERTS

Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM.

La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.

Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.

GLOSSAIRE

DE : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

FR : Frais réels

SS : Remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 170 € au 01/01/2015).

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

(1) Les professionnels de santé signataires du contrat d'accès aux soins sont référencés sur le site ameli-direct.fr.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).

La chambre particulière de jour concerne la chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent à minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(4) **DENTAIRE** : Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base des codifications de la Sécurité Sociale indiquées entre parenthèses pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie.

(5) **OPTIQUE** : Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, 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'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4^e du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

(6) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

I.L.V

[Handwritten signatures and initials]

CAUE - GRILLE OPTIQUE

Base	Typologie	Code LPP		Sphère début	Sphère fin	Cylindre début	Cylindre fin	BRSS	Garantie par verre
UNIFOCAUX	Adulte	2203240	verre blanc	-6,00	+6,00	-	-	2,29 €	63 €
		2267916	verre teinté						
	Enfant	2261874	verre blanc	-6,00	+6,00	-	-	12,04 €	125 €
		2242457	verre teinté						
	Adulte	2280660	verre blanc	+/-6,25	+/-10,00	-	-	4,12 €	95 €
		2282793	verre blanc						
		2263459	verre teinté						
	Enfant	2265330	verre teinté	+/-6,25	+/-10,00	-	-	26,68 €	160 €
		2243540	verre blanc						
		2297441	verre teinté						
	Adulte	2243304	verre blanc	+/-10,25	+/-20,00	-	-	7,62 €	95 €
		2291088	verre teinté						
	Enfant	2235776	verre blanc	+/-10,25	+/-20,00	-	-	44,97 €	160 €
		2295896	verre teinté						
	Adulte	2273854	verre blanc	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	3,66 €	63 €
		2248320	verre teinté						
Enfant	2259966	verre blanc	-6,00	+6,00	+0,25	+4,00	14,94 €	125 €	
	2226412	verre teinté							
Adulte	2200393	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	6,86 €	95 €	
	2270413	verre teinté							
Enfant	2284527	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+0,25	+4,00	36,28 €	160 €	
	2254868	verre teinté							
Adulte	2283953	verre blanc	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	6,25 €	95 €	
	2219381	verre teinté							
Enfant	2212976	verre blanc	-6,00	+6,00	+4,25	+6,00	27,90 €	160 €	
	2252668	verre teinté							
Adulte	2236941	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	9,45 €	95 €	
	2268385	verre teinté							
Enfant	2288519	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	46,50 €	160 €	
	2299523	verre teinté							
MULTIFOCAUX (verres progressifs)	Adulte	2245036	verre blanc	+/-6,25	+/-20,00	+4,25	+6,00	7,32 €	145 €
		2206800	verre teinté						
	Enfant	2290396	verre blanc	-4,00	+4,00	-	-	39,18 €	160 €
		2291183	verre teinté						
	Adulte	2259245	verre blanc	+/-4,25	+/-20,00	-	-	10,82 €	145 €
		2264045	verre teinté						
	Enfant	2245384	verre blanc	+/-4,25	+/-20,00	-	-	43,30 €	160 €
		2295198	verre teinté						
	Adulte	2238792	verre blanc	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	10,37 €	160 €
		2202452	verre teinté						
	Enfant	2227038	verre blanc	-8,00	+8,00	+0,25	+6,00	43,60 €	175 €
		2299180	verre teinté						
	Adulte	2240671	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	24,54 €	160 €
		2282221	verre teinté						
	Enfant	2202239	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	66,62 €	175 €
		2252042	verre teinté						
Adulte	2234239	verre blanc	+/-8,25	+/-20,00	+0,25	+6,00	66,62 €	175 €	
	2259660	verre teinté							

F.L.V.
