

Accord collectif instituant un système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé

Entre :

1°) La **Société SYSCO France**, société par actions simplifiée dont le siège est situé 14 rue Gerty Archimède – 75012 PARIS et immatriculée sous le numéro 316 807 015 R.C.S. Paris, représentée aux fins des présentes par Lionel MARILLER, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines.

Ci-après « la Société »

D'une part,

ET

2°) Les Organisations syndicales représentatives au sein de SYSCO France

- La **CGT**, représentée par Monsieur Renaud MARECAUX, titulaire du pouvoir de signature, et Monsieur Cyril CURNIER délégués syndicaux centraux CGT ;
- **F.G.T.A. – F.O.**, représentée par Monsieur Smaïl OUAZZINE délégué syndical central F.G.T.A. – F.O. ;
- **CFDT**, représentée par Monsieur Frédéric LACQUEMANT délégué syndical central CFDT ;
- **CFE/CGC – CSN**, représentée par Madame Magali LLOP, titulaire du pouvoir de signature, et par Monsieur Alexandre BOUCHY, délégués syndicaux centraux ;

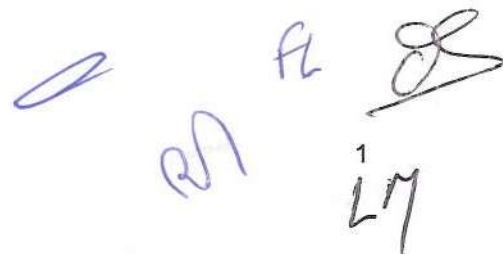
En présence de :

- **SIPED** représenté par Monsieur Sacha LEGOADEC délégué syndical central SIPED ;

D'autre part,

Ci-après et ensemble « les Parties »

Les organisations syndicales représentatives et la direction se sont réunies pour définir les modalités d'une protection sociale complémentaire en matière de frais de santé au sein de l'entreprise.



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature, the initials 'FL', and the number '1' above 'L7'.

PREAMBULE

SYSCO France est issue de la fusion des sociétés Brake France Service et Davigel, intervenue le 30 avril 2018.

Dans le cadre des négociations préalables à l'opération de fusion juridique des deux entités précitées, un accord de méthode sur la représentation des salariés a été signé le 19 décembre 2017. Dans cet accord, il est prévu en son article 9 « Règles transitoires sur le fonctionnement du statut individuel et collectif post-fusion » qu'il « est garanti à tous les salariés qu'ils continueront de bénéficier du régime de couverture complémentaire applicable au sein de leur entité d'origine avant la fusion et jusqu'à la conclusion d'un accord d'harmonisation. »

L'harmonisation des régimes de prévoyance et frais de santé a donc pour but premier de formaliser par Accord Collectif des régimes communs à l'ensemble des salariés SYSCO France.

Parallèlement, les régimes frais de santé doivent être mis en conformité avec la nouvelle législation (100% Santé et contrat responsable) dès le 1^{er} janvier 2020, pour permettre de continuer de bénéficier des exonérations fiscales et sociales.

Les régimes cibles devront également permettre de retrouver une stabilité des résultats techniques, en particulier en prévoyance, afin de pérenniser les cotisations dans le temps et limiter le risque de résiliation par l'assureur.

C'est dans ce contexte que se sont engagées au printemps 2019 des discussions entre la Direction et les Organisations syndicales représentatives dans l'entreprise sur les thèmes de la Prévoyance et des Frais de santé.

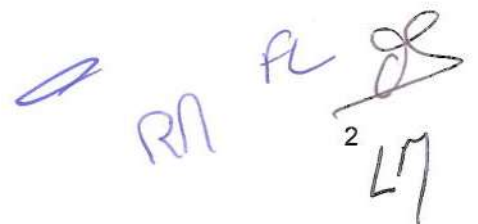
Lors des 3 premières réunions de négociation, les constats ci-dessous ont été partagés avec les partenaires sociaux :

- Des régimes prévoyance et frais de santé existants déficitaires
- Des majorations importantes à prévoir au 1^{er} janvier 2020 : jusqu'à +30% pour la prévoyance Davigel et +12% pour celle de Brake
- Des assureurs qui refusent de répondre à l'appel d'offres en raison de ce contexte déficitaire.

Les parties ont aussi convenu que la protection sociale complémentaire constitue un élément important de la politique sociale de l'entreprise Sysco France.

C'est ainsi que les orientations suivantes ont été définies comme cadre pour la négociation :

- Rééquilibrer les régimes pour garantir leur pérennité
- Garantir une meilleure prise en charge pour les prescriptions des arrêts maladie de longue durée
- Garantir un régime frais de santé de base équivalent à celui existant chez Davigel tout en proposant des options facultatives
- Contracter avec un seul assureur pour tous les régimes et pour toutes les Sociétés de Sysco en France afin de permettre la mutualisation des risques et d'assurer les salariés au meilleur rapport qualité/prix possible.
- Sur le régime de prévoyance, homogénéiser le taux de prise en charge par l'employeur de la cotisation, quel que soit le statut cadres / non cadres.



Le présent accord vise à instaurer et présenter les modalités, conditions et garanties du système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé mis en place.
Un second accord est rédigé pour définir les modalités d'une protection sociale complémentaire en matière de garanties « incapacité, invalidité, décès » au sein de l'entreprise.

Après 5 réunions de négociations, les 26 avril, 27 juin, 17 septembre, 10 et 17 octobre 2019, il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 1 - OBJET

L'objet du présent accord est d'instituer un système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé, permettant aux salariés de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

L'adhésion au contrat collectif d'assurance souscrit par la société auprès d'un organisme habilité est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail.

Les dispositions du présent accord se substituent à celles résultant d'accords d'entreprise ou d'établissements, d'accords référendaires, de décisions unilatérales de l'employeur, d'usages ou de pratiques sociales de même nature, antérieurement en vigueur au sein de la Société.

ARTICLE 2 - PERSONNEL BENEFICIAIRE

Le système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé, objet du présent accord, s'applique à l'ensemble du personnel de l'entreprise.

L'adhésion de ces personnes au système de garanties collectives complémentaires frais de santé revêt un caractère obligatoire.

Dérogations possibles à l'adhésion, quelle que soit la date d'embauche :

- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif similaire et conforme à un de ceux fixés par arrêté ministériel du 26 mars 2012 ;

Ces salariés devront solliciter, **par écrit**, auprès du CSP Paie, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux au moment de l'événement, et produire **chaque année**, au plus tard le 10 janvier, tout justificatif attestant de leur couverture par ailleurs. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- Jusqu'à l'échéance du contrat individuel, les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure ;

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès du CSP Paie, leur refus d'adhérer au régime de remboursement de frais médicaux dans le délai de 5 jours suivant leur embauche, accompagné des justificatifs requis. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- Jusqu'à ce qu'ils cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide, les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L 861-3 du CSS (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L 863-1 du CSS (ACS) ;

C M H 3
02
L7

- Les salariés sous contrat de travail à durée déterminée et les apprentis :
 - sans justificatif s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois
 - sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'employeur, à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime.

Le salarié qui demande à être dispensé d'adhérer conformément aux dérogations ci-dessus, ne pourra :

- Prétendre aux prestations dudit régime tant pour lui-même que pour ses ayants droit,
- Percevoir de quelque façon que ce soit, la contribution patronale à ce régime,
- Bénéficier de la portabilité,
- Prétendre au maintien des garanties dans les cas prévus par la loi et le contrat souscrit (retraités, licenciés etc...)

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Dans une telle hypothèse, l'employeur verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération (congé sans solde, congé parental...) peuvent demander le maintien du bénéfice du régime pendant une durée de 3 mois. Dans ce cas, ils restent redevables de la part salariale de la cotisation.

ARTICLE 3 - FINANCEMENT

Le financement du système de garanties collectives est assuré par des cotisations exprimées en montants de participation.

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » sont fixées dans les conditions suivantes :

Régime Général

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé obligatoire	11.72€	44€	55.72€
Duo facultatif	34.35€	44€	78.35€
Famille facultative	64.40€	44€	108.40€

RN AL OS

 4

 L7

Alsace Moselle

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Isolé obligatoire	8€	31€	39€
Duo facultatif	23.85€	31€	54.85€
Famille facultative	44.88€	31€	75.88€

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « isolé ». Ils ont la possibilité d'étendre le bénéfice des garanties à leurs ayants droit et prennent alors en charge la cotisation supplémentaire afférente à cette couverture.

Il est expressément convenu qu'en application du présent accord, l'obligation de l'employeur se limite au seul paiement des cotisations pour leurs taux et montants arrêtés à cette date.

En conséquence, en cas d'augmentation des cotisations, due notamment à un mauvais rapport sinistres sur primes, l'obligation de l'employeur sera limitée au paiement de la cotisation définie ci-dessus, mais fera automatiquement l'objet d'un avenant au présent accord.

Toute augmentation de cotisations, à l'exception de celles résultant de la clause d'indexation, des évolutions législatives ou réglementaires (désengagement Sécurité sociale, réforme des retraites, nouvelles taxes ou contributions) fera donc l'objet d'un avenant au présent accord.

A défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini suffise au financement du système de garanties.

ARTICLE 4 – GARANTIES

Les garanties qui sont annexées au présent accord à titre informatif, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations et à la couverture, a minima, des garanties imposées par le régime issu de la convention collective de branche applicable et des garanties imposées par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1 et L.242-1, alinéa 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, de l'article 83, 1° quater du Code général des impôts, ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

ARTICLE 5 – PORTABILITE

Les salariés pourront bénéficier du maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

RN AL 5 L7

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

ARTICLE 6 - ENTREE EN VIGUEUR, DUREE, REVISION, DENONCIATION

Le présent accord annule et remplace tous les accords ou usages conclus antérieurement et ayant le même objet.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu aux articles L 2261-7-1 et L 2261-8 du Code du travail.

Il pourra également être dénoncé à tout moment, soit par la direction de l'entreprise, soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives de salariés signataires. La dénonciation sera régie par les articles L 2261-9 et suivants du Code du travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance entraîne de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

Afin d'assurer le suivi et, le cas échéant, les arbitrages nécessaires à l'application du présent accord, les parties conviennent de constituer une commission de suivi qui sera composée des personnes suivantes :

- Des représentants de la Direction de l'entreprise,
- Un représentant de l'organisme gestionnaire
- Un représentant pour chacune des organisations syndicales signataire du présent accord

Le suivi de la mise en œuvre de l'accord sera réalisé lors d'une commission de suivi biannuelle.

La mission de la commission de suivi est la suivante :

- Suivi des comptes fournis chaque année par l'organisme gestionnaire ;
- Examen des garanties dans le but d'optimiser le rapport cotisations/prestations ;
- Ré-examen du choix de l'organisme assureur et gestionnaire du contrat lorsque celui-ci semble nécessaire.

ARTICLE 7 – INFORMATION DES SALARIES

Une copie du présent accord sera portée à l'attention du personnel par voie d'affichage au sein de l'entreprise, ainsi que sur le site Intranet de l'entreprise.

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de la société seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

8 - DEPOT ET PUBLICITE

Le présent accord sera déposé :

- Sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail (accessible depuis le site www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr),
- En un exemplaire au secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes,
- Et un exemplaire à l'OPNC (Observatoire Paritaire de la Négociation Collective)..

Le présent accord fera par ailleurs l'objet des mesures de publication légale, et sera notamment intégralement versé, de façon anonyme, à moins que les parties ne s'accordent sur une publication partielle, dans une base de données nationale dont le contenu est publié en ligne.

Un exemplaire sera adressé à chaque organisation syndicale signataire ou adhérente.
A Limonest, le 30 Octobre 2019.

Signature

Pour la Société Sysco France
Lionel MARILLER,



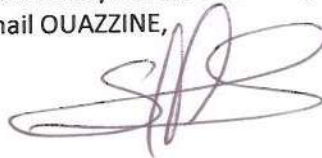
Pour l'Organisation Syndicale C.G.T.,
Monsieur Renaud MARECAUX,



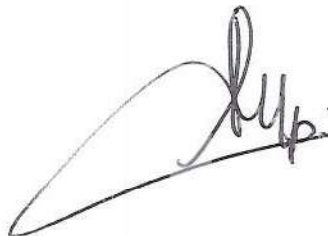
Pour la Fédération des Services C.F.D.T.,
Monsieur Frédéric LACQUEMANT,



Pour l'Organisation Syndicale FGTA-FO,
Monsieur Smail OUZZINE,



Pour l'Organisation Syndicale CFE-CGC / CSN,
Madame Magali LLOP,



Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE	RÉGIME OPTIONNEL 1 Facultatif Non responsable Base comprise	RÉGIME OPTIONNEL 2 Facultatif Non responsable Base comprise
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultation/Visite Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR	150% BR	150% BR
Consultation/Visite Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR		
Consultation/Visite Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	150% BR	150% BR	150% BR
Consultation/Visite Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR		
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	150% BR	150% BR	150% BR
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR		
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	150% BR	150% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	150% BR	150% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	150% BR
Médicaments			
Médicaments et vaccins prescrits, pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits non pris en charge par la SS	6% PMSS / an / bénéficiaire	6% PMSS / an / bénéficiaire	6% PMSS / an / bénéficiaire
Matériel médical			
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	130% BR	150% BR	150% BR
Autres soins			
Frais de transport	100% TM	100% TM	100% TM
Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncture, Étiope, Ergothérapeute, Sophrologue, Pédicure)	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	240 € / an / bénéficiaire
Cure thermique prise en charge par Sécurité sociale sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés (hors frais de transport et d'hébergement)	15% PMSS Plafonnement médecin hors OPTAM : 130% BR	20% PMSS Plafonnement médecin hors OPTAM : 150% BR	20% PMSS Plafonnement médecin hors OPTAM : 150% BR
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE + MATERNITÉ			
	CONV.	NON CONV.	CONV.
Forfait journalier	100% FR		100% FR
Honoraires			
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	250% BR	100% FR - MR	100% FR - MR
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR	100% FR - MR limité à 400% BR	100% FR - MR limité à 400% BR
Frais de séjour	250% BR	250% BR max 700 € / jour avec minimum TM	100% FR - MR 90% FR - MR limité à 400% BR (minimum TM)
Chambre particulière	2% PMSS / jour	2.5% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Lit accompagnant	1% PMSS / jour	1.5% PMSS / jour	1.5% PMSS / jour
Enfant de moins de 16 ans			
Soins de suite : Maison de repos et de rééducation, psychiatrie, alcoologie, postcure alcoologie et autres addictions			
Frais de séjour			
Honoraires médicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	Idem Hospitalisation médicale et chirurgicale mais limité à 30 jours	Idem Hospitalisation médicale et chirurgicale mais limité à 30 jours	Idem Hospitalisation médicale et chirurgicale mais limité à 30 jours
Honoraires médicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM			
Chambre particulière			
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
OPTIQUE			
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
Équipement 100% santé (Classe A) (*)			
• Monture et Verres	100 % Prix Limite de Vente - MR		
(*) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Prise en charge de verres et montures de Classe A, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) et sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale (MR).			
Équipement hors 100% santé (Classe B)			
Monture	100 € - MR	175 € - MR	185 € - MR
Verres	Grille ITELIS OPTI 4	Grille ITELIS OPTI 4	Grille ITELIS OPTI 5
Autres postes optique			
Lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la Sécurité Sociale. Au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100% du ticket modérateur.	7% PMSS/an/bénéficiaire	8% PMSS/an/bénéficiaire	10% PMSS/an/bénéficiaire
Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte (pour un implant, la garantie est réduite de moitié).	Néant	700 €/implant	700 €/implant
Chirurgie de l'œil	300 €/œil	400 €/œil	400 €/œil
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé (*)			
100% Honoraire Limite de Facturation - MR			
(*) Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement. Prise en charge de frais de soins dentaires prothétiques, dans la limite des Honoraires de Facturation (HLF) et sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale (MR)			
Soins et prothèses hors 100% Santé			
Soins	150% BR	150% BR	150% BR
Prothèses dentaires			
Prises en charge par la Sécurité sociale	250% BR	300% BR	400% BR
Couronne sur implant	250% BR max 3 / an / bénéficiaire	350% BR max 3 / an / bénéficiaire	400% BR max 3 / an / bénéficiaire
Non Prises en charge par la Sécurité sociale (pilier de bridge sur dents saines, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	250 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire	430 € / an / bénéficiaire
Autres actes dentaires			
Implant non pris en charge par la SS (pilier implantaire + implant)	430 € par implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire	600 € par implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire	700 € par implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale (maxi 6 semestres et maxi 2 années de contention)	200% BR	300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (maxi 4 semestres et maxi 1 année de contention)	150% BR	250% BR	250% BR

DPTAM - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. - PMSS - Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. - BR - Base de remboursement. Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. - TM - Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. - MR - Montant remboursé par la Sécurité sociale. - FR - Frais Réels. - BR - MR - Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. - PLV - Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. - HLF - Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

C

AM FL 88 LM

SYSCO FRANCE
Ensemble du Personnel
Garanties frais de santé à effet du 01.01.2020

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE	RÉGIME OPTIONNEL 1 Facultatif Non responsable Base comprise	RÉGIME OPTIONNEL 2 Facultatif Non responsable Base comprise
AIDES AUDITIVES			
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Equipement 100% Santé (Classe 1) (*)			
• Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des Prix Limite de Vente de la classe 1		
• À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% Prix Limite de Vente - MR		
(*) Equipements 100 % Santé tels que définis réglementairement. Prise en charge des aides auditives de classe 1, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) et sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale (MR).			
Equipement hors 100% Santé (Classe 2)			
• Audioprothèse	130% BR avec, à partir de 2021 un maximum de 1700 € - MR (hors accessoires)	150% BR avec, à partir de 2021 un maximum de 1700 € - MR (hors accessoires)	150% BR avec, à partir de 2021 un maximum de 1700 € - MR (hors accessoires)
• Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM
ACTES DE PRÉVENTION			
L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur.			
• Consultation diététicien prescrite pour un enfant de - 12 ans	1.25% PMSS limité à une consultation durant la durée du contrat	1.25% PMSS limité à une consultation durant la durée du contrat	1.25% PMSS limité à une consultation durant la durée du contrat
• Détartrage complet sus et sous gingival des dents	100% TM	100% TM	100% TM
• Examen de dépistage de l'hépatite B	100% TM	100% TM	100% TM
• Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (une prise en charge tous les 3 ans)	150% BR	150% BR	150% BR
• Examen de dépistage de l'ostéoporose prise en charge par la SS	100% BR	150% BR	150% BR
• Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250 pris en charge ou non par la SS	600 €	600 €	600 €
MATERNITÉ / ADOPTION			
• Forfait sur présentation de l'acte de naissance	Forfait 15% PMSS si la mère est adhérente au contrat	Forfait 20% PMSS si la mère est adhérente au contrat	Forfait 20% PMSS si la mère est adhérente au contrat

DPTAM = Dispositifs de l'Artère Maitrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. - **PMSS** = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. - **BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. - **TM** = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1% et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. - **MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale. - **FR** = Frais Réels. - **BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. - **PLV** = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. - **HLF** = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

11

11

GRILLE OPTI 4

HORS PANIER 100% SANTÉ

Dans le réseau optique Itelis

Hors réseau optique Itelis

Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de <u>marques exclusivement</u>	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de <u>marques exclusivement</u>	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verre Multifocal Remboursement* Incluant RO**
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre optani	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur mesure	Intégral	Variables selon l'option	81 € maximum	214 € maximum
Moderé					95 € maximum	228 € maximum
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre optani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur mesure			91 € maximum	239 € maximum
Élevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre optani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur mesure			154 € maximum	252 € maximum
Très élevé					167 € maximum	267 € maximum
Monture jusqu'à 100 €				Monture	100 €	

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente

itelis

EN CONFIANCE POUR MA SANTÉ

Grille ITELIS OPTI 5 - Option 2 à effet du 01.01.2020

Les prestations ci-dessous s'entendent en déduction de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

GRILLE OPTI 5

HORS PANIER 100% SANTÉ

Dans le réseau optique Itelis

Hors réseau optique Itelis

Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de <u>marques exclusivement</u>	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de <u>marques exclusivement</u>	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verre Multifocal Remboursement* Incluant RO**
Faible			Intégral	Variables selon l'option	149 € maximum	300 € maximum
Moderé	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre optani	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur mesure			149 € maximum	300 € maximum
Moyen	Verre sur mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonction du soleil)	Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonction du soleil)			160 € maximum	300 € maximum
Élevé					300 € maximum	300 € maximum
Très élevé					300 € maximum	350 € maximum
Monture jusqu'à 100 €				Monture	100 €	

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente

itelis

EN CONFIANCE POUR MA SANTÉ

ANNEXE

Correction

Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre	Cylindre
Faible	Sphère De -2 à +2	0 De +0,25 à +4
	Sphère De -2 à 0	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre De 0 à +2	0
Moderé	Sphère De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	De +0,25 à +4
	Sphère De -4 à -2,25	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre De +2,25 à +4	0
Moyen	Sphère De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	De +0,25 à +4
	Sphère De -6 à -4,25	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre De +4,25 à +6	0
Élevé	Sphère De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	De +0,25 à +4
	Sphère De -8 à -6,25	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre De +6,25 à +8	0
Très élevé	Sphère Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à +4
	Sphère De -8 à 0	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0

itelis

EN CONFIANCE POUR MA SANTÉ

C

AN AL ES LM