

NATURE DES RISQUES	REGIME CONVENTIONNEL	OPTION + En complément du régime conventionnel	OPTION ++
HOSPITALISATION (Etablissement conventionné et non conventionné) Frais de séjour et Honoraires	100 % de la BR (1)	+ 170 % de la BR	+ 270 % de la BR
Chambre particulière	/	2 % du PMSS/jour	2 % du PMSS/jour
Forfait journalier	18 € par jour	/	/
SOINS COURANTS			
Généralistes	100 % de la BR (1)	+ 70 % de la BR	+ 170 % de la BR
Spécialistes	100 % de la BR (1)	+ 170 % de la BR	+ 270 % de la BR
Analyses - Auxiliaires - Actes de spécialité Electroradiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS	100 % de la BR (1)	+ 70 % de la BR	+ 170 % de la BR
TRANSPORT	100 % de la BR (1)	/	/
MEDECINE ALTERNATIVE Acupuncteurs, Ostéopathes et Psychomotriciens	/	100 % des Frais Réels dans la limite de 40 €/visite et 3 visites/an/bénéficiaire	100 % des Frais Réels dans la limite de 40 €/visite et 6 visites/an/bénéficiaire
PHARMACIE	100 % du TFR (1)	/	/
DENTAIRE Délai d'attente pour les prothèses : 6 mois pour tout nouvel entrant			
Soins	100 % de la BR (1)	+ 70 % de la BR	+ 170 % de la BR
Orthodontie acceptée	100 % de la BR (1)	+ 200 % de la BR	+ 250 % de la BR
Prothèse prise en charge par la SS	200% de la BR dans la limite de 30 % du PMSS/an/bénéficiaire	+ 100% de la BR dans la limite de 30% du PMSS/an/bénéficiaire	+ 200% de la BR dans la limite de 30% du PMSS/an/bénéficiaire
Parodontologie et orthodontie non prise en charge par la SS	/	10% PMSS/an/bénéficiaire	15% PMSS/an/bénéficiaire
Implants	/	600 €/an/bénéficiaire	900 €/an/bénéficiaire
Inlays et Onlays	/	10% PMSS/an/bénéficiaire	15% PMSS/an/bénéficiaire
OPTIQUE Délai d'attente pour l'optique : 6 mois pour tout nouvel entrant			
Verres simples	2% PMSS/verre	+ 2% PMSS/verre	+ 4% PMSS/verre
Verres complexes	2% PMSS/verre	+ 4% PMSS/verre	+ 6% PMSS/verre
Monture	3,5 % du PMSS	+ 1,5% PMSS	+ 3,5% PMSS
Lentilles prises en charge par la SS	3,5% PMSS/an/bénéficiaire	+ 1,5% PMSS/an/bénéficiaire	+ 3,5% PMSS/an/bénéficiaire
Le remboursement est limité à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) par an et par bénéficiaire			
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	/	500 € par oeil	800 € par oeil
PREVENTION Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR (1)	/	/

BR : Base de Remboursement du régime de base - TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 129€ au 01/01/2014).
(1) sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

Régime conventionnel frais de santé - CCN des Activités de Marchés Financiers

Dispositions contractuelles complémentaires aux conditions générales CGFSS 10.05 V4 - MAJ05.2010

> BENEFICIAIRES DU REGIME CONVENTIONNEL

Les bénéficiaires du régime conventionnel sont le salarié affilié dénommé ci-après « Participant » ainsi que sa famille. La famille est définie comme suit :

- le conjoint à charge du participant au sens de la Sécurité sociale. Est assimilé à celui-ci le partenaire lié par un PACS ainsi que le concubin notoire au sens de la Sécurité sociale.
 - l'(es) enfant(s) à charge, c'est-à-dire :
 - l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli¹ du participant, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS ou de son concubin, s'il est effectivement à charge du participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
 - bénéficiaire des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il est en apprentissage,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il bénéficie d'un contrat de professionnalisation, et que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,
 - être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné à ce titre, le bénéficiaire jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du salarié,
 - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- ¹ C'est-à-dire en tant qu'ayants droit d'un ascendant, d'un collatéral(e) ou à la suite d'un placement par la DDASS.
- l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre duquel le salarié verse une pension alimentaire.

Le bénéficiaire du régime conventionnel peut être étendu, à la demande du participant, à titre facultatif, à son conjoint bénéficiaire à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité sociale.

Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ainsi que le concubin notoire.

> BENEFICIAIRES DES GARANTIES OPTIONNELLES

Par dérogation aux Conditions Générales CGFSS 10.05 V4 mise à jour mai 2010, sont obligatoirement bénéficiaires des garanties optionnelles :

- le participant ainsi que les membres de sa famille bénéficiaires par son intermédiaire du régime conventionnel,
- son conjoint bénéficiaire à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité sociale, pour lequel le participant a demandé le bénéfice du régime conventionnel.

> SALARIÉS QUI PEUVENT ÊTRE DISPENSÉS D’AFFILIATION OBLIGATOIRE

- Les salariés qui, au jour de la date d'entrée en vigueur du Régime conventionnel de frais de santé, bénéficient d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit, par l'intermédiaire de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS tel que défini par la Loi, sous réserve qu'il s'agisse d'une couverture collective obligatoire pour lui et dès lors qu'il apporte à son employeur un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent.

Cette faculté n'est pas offerte aux salariés embauchés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au Régime conventionnel.

La dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation de couverture obligatoire, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées par l'Accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

- Les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L863-1 du Code de la Sécurité sociale. La dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation.
- Les salariés bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) qui en justifient chaque année, auprès de l'entreprise, par la production de l'attestation de droit à la protection complémentaire.
- Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé du fait d'une activité exercée simultanément (salariés à employeurs multiples). Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'accord est affilié chez l'employeur auprès duquel il a le plus d'ancienneté.
- Les salariés à temps très partiel ou apprentis, n'ayant qu'un seul employeur et pour lesquels la cotisation salariale serait égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération.