

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

ANNEXE I – GARANTIES 1/3

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OBLIGATOIRE » CCN017301/00 – CCN017301/01 – CCN017302/00 – CCN017302/01 – CCN017304/00 – CCN017304/01

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)				
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
. HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)				
. Honoraires – Signataires CAS	150 % BR	150 % BR	150 % BR	650 % BR
. Honoraires – Non signataires CAS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
. Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
. Chambre Particulière	/	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour	4,40 % PMSS / jour
. Frais d'Accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	/	1 % PMSS / jour	1 % PMSS / jour	3,40 % PMSS / jour
. Forfait Hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €	18 €
. SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)				
. Consultations et visites, généralistes et spécialistes- Signataires CAS	150 % BR	150 % BR	150 % BR	450 % BR
. Consultations et visites, généralistes et spécialistes- Non signataires CAS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	150 % BR	150 % BR	150 % BR	450 % BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires CAS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Signataires CAS	150 % BR	150 % BR	150 % BR	450 % BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Non Signataires CAS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
. Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
. Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
. Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS	200 % BR	350 % BR	350 % BR	550 % BR
. Autre appareillage remboursé par la SS	200 % BR	350 % BR	350 % BR	350 % BR
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €	18 €
. PHARMACIE				
. Pharmacie remboursée par la SS (hors pharmacie remboursée à 15 %)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
. Pharmacie remboursée par la SS (y compris pharmacie remboursée à 15 %)	/	/	100 % BR	100 % BR
. TRANSPORT				
. Transport remboursé par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	400 % BR

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

ANNEXE I – GARANTIES 2/3

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OBLIGATOIRE » CCN017301/00 – CCN017301/01 – CCN017302/00 – CCN017302/01 – CCN017304/00 – CCN017304/01 -

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)				
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
. FRAIS DENTAIRE				
. Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	150 % BR	160 % BR
. Inlays-onlays remboursés par la SS	100 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges. - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
. Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	/	/	300 € / acte dans la limite de 2 actes / an / bénéficiaire	300 € / acte dans la limite de 2 actes / an / bénéficiaire
. Orthodontie remboursée par la SS	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
. Orthodontie non remboursée par la SS	/	/	100 % BR	150 % BR
. Parodontologie non remboursée par la SS	/	/	300 € / an / bénéficiaire	500 € / an / bénéficiaire
. Implants (implant + pilier implantaire)	/	/	300 € / an / bénéficiaire	500 € / an / bénéficiaire
. FRAIS D'OPTIQUE				
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) Remboursement Monture limité à 150 €				
. Equipement composé de 2 verres « simples » (Verres simple foyer avec : Sphère comprise entre - 6 et + 6 et Cylindre ≤ 4)	200 €	300 €	300 €	380 €
. Equipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « complexe » (Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : Sphère hors zone - 8 ou > + 8, Verres Multifocaux ou progressifs sphériques avec : Sphère hors zone - 4 ou > + 4)	300 €	400 €	400 €	510 €
. Equipement composé de 2 verres « complexes » (Verres simple foyer avec : Sphère > - 6 ou > + 6 ou Cylindre > 4, Verres Multifocaux, Verres progressifs)	400 €	500 €	500 €	640 €

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

ANNEXE I – GARANTIES 3/3

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE « CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OBLIGATOIRE » CCN017301/00 – CCN017301/01 – CCN017302/00 – CCN017302/01 – CCN017304/00 – CCN017304/01

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues dans la Notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)				
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
. FRAIS D'OPTIQUE				
. Lentilles remboursées par la SS	100 % BR	100 % BR	150 €	150 €
. Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	/	/	150 €	150 €
. Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	/	/	/	300 € / œil / an / bénéficiaire
. MATERNITE ET ADOPTION				
. Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	/	/	300 €	700 €
. PREVENTION ET AUTRES SOINS				
. Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ergothérapie, homéopathie, méthode mezière, micro kinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure – podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie)	/	/	25 € / séance dans la limite de 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance dans la limite de 5 séances / an / bénéficiaire
. Pharmacie prescrite par un médecin non remboursée par la SS	/	/	30 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
. Pilules contraceptives non remboursées par la SS	/	/	30 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
. Vaccins prescrits non remboursés par la SS	/	/	30 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
. Vaccin antigrippal	/	/	100 % FR	100 % FR
. Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels/ MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale/ SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année