

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES INDUSTRIES ET COMMERCES DE LA RECUPERATION

## CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE REGIME FRAIS DE SANTE CCN012100

### ANNEXE I – GARANTIES

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'HUMANIS PREVOYANCE, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Descriptif des garanties	Prestations (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la Sécurité sociale)
<b>. HOSPITALISATION</b>	
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale :</b>	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	100% de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire signataire OPTAM/OPTAM CO	150% de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire non signataire OPTAM/OPTAM CO	130% de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	50 euros par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'Accompagnant	50 euros par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
<b>. PRATIQUE MEDICALE COURANTE</b>	
. Consultation, visite d'un généraliste	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	130 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	150 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR
. Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	130 % de la BR
. Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	150 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS non signataire OPTAM/OPTAM CO	130 % de la BR
. Radiologie et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS signataire OPTAM/OPTAM CO	150% de la BR
<b>. PHARMACIE</b>	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
<b>. TRANSPORT</b>	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
<b>. DENTAIRE</b>	
. Soins dentaires pris en charge par la SS	120 % de la BR

. Inlay core et inlay à clavette	180 % de la BR	
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	360 % de la BR	
. Inlay onlay pris en charge par la SS	360 % de la BR	
. Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR	
. Implant dentaire <sup>(2)</sup>	180 euros par implant	
<b>. OPTIQUE</b>		
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture)</b> Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	<b>Adultes et Enfants de 18 ans et plus</b>	<b>Enfants de moins de 18 ans</b>
. Monture	90 euros	80 euros
. Verre		
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	50 euros	40 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries	50 euros	40 euros
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries	85 euros	90 euros
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à +4,00 dioptries	85 euros	90 euros
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	135 euros	110 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00 dioptries	150 euros	130 euros
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de -4,00 et +4,00 dioptries	135 euros	110 euros
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries	150 euros	130 euros
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	260 euros par an et par bénéficiaire	
<b>. APPAREILLAGE</b>		
. Orthopédie et autres prothèses	125 % de la BR	
. Prothèses auditives	125 % de la BR	
<b>. ALLOCATIONS FORFAITAIRES</b>		
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 315 euros	
<b>. ACTES HORS NOMENCLATURE *</b>		
. MEDECINE ALTERNATIVE : Ostéopathie –Chiropractie – Acupuncture *	25 euros par séance dans la limite de 4 séances par an	
. Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale *	100 % des Frais Réels	
* Le remboursement de l'Institution du poste « Actes hors nomenclature » est limité à 100 euros par an et par bénéficiaire		

(1) **OPTAM / OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

(2) **Le pilier sur implant n'est pas remboursé au titre du contrat.**

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (reconstituée pour les actes non remboursés par la SS)

SS = Sécurité Sociale