

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS RELEVANT DE LA CCN DES DÉTAILLANTS, DÉTAILLANTS-FABRICANTS DE LA CONFISERIE, CHOCOLATERIE, BISCUITERIE

1^{er} Juillet 2018

FRAIS COUVERTS	RÉGIME DE BASE	RÉGIMES FACULTATIFS EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE		
Secteur conventionné ou non conventionné	PRESTATIONS Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 NON COMMERCIALISÉE Ne concerne que les assurés ayant souscrit cette option avant le 30/09/2011
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour	200% de la BR	+ 50% de la BR	+ 50% de la BR	+ 50% de la BR
Honoraires : Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	235% de la BR médecin adhérent DPTM 200% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 85% de la BR médecin adhérent DPTM	+ 85% de la BR médecin adhérent DPTM	+ 110% de la BR médecin adhérent DPTM
Chambre particulière en secteur conventionné	60 € par jour limité à 20 jours par année civile	-	+ 5 € par jour limité à 20 jours par an	+ 5 € par jour limité à 20 jours par an
Forfait hospitalier engagé	100% des frais réels dans la limite de la législation en vigueur	-	-	-
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	25 € par jour limité à 20 jours par année civile	-	-	-
Transport (accepté par la SS)	100% de la BR	-	-	-
Actes médicaux				
Généralistes	170% de la BR médecin adhérent DPTM 150% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 35% de la BR médecin adhérent DPTM + 35% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 85% de la BR médecin adhérent DPTM + 50% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 110% de la BR médecin adhérent DPTM + 50% de la BR médecin non adhérent DPTM
Spécialistes	200% de la BR médecin adhérent DPTM 170% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 35% de la BR médecin adhérent DPTM + 30% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 85% de la BR médecin adhérent DPTM + 30% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 110% de la BR médecin adhérent DPTM + 30% de la BR médecin non adhérent DPTM
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	170% de la BR médecin adhérent DPTM 150% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 35% de la BR médecin adhérent DPTM + 35% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 85% de la BR médecin adhérent DPTM + 50% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 110% de la BR médecin adhérent DPTM + 50% de la BR médecin non adhérent DPTM
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	135% de la BR médecin adhérent DPTM 100% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 35% de la BR médecin adhérent DPTM + 35% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 85% de la BR médecin adhérent DPTM + 85% de la BR médecin non adhérent DPTM	+ 110% de la BR médecin adhérent DPTM + 90% de la BR médecin non adhérent DPTM
Auxiliaires médicaux	100% de la base de remboursement	-	-	-
Analyses	100% de la base de remboursement	-	-	-



AG2R LA MONDIALE

CHOCAlliance

La protection sociale de ma profession

FRAIS COUVERTS	RÉGIME DE BASE	RÉGIMES FACULTATIFS EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE		
Secteur conventionné ou non conventionné	PRESTATIONS Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 NON COMMERCIALISÉE Ne concerne que les assurés ayant souscrit cette option avant le 30/09/2011
Actes médicaux non remboursés par la SS				
Chirurgie réfractive (les 2 yeux)	Crédit de 800 € par bénéficiaire et par année civile	-	-	-
Pharmacie remboursée par la SS				
Pharmacie (acceptée SS)	100% du TFR	-	-	-
Dentaire				
Soins dentaires	100% de la BR	-	-	-
Inlay simple et onlay	360% de la BR	-	-	-
Inlay core et Inlay core à clavettes	220% de la BR	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 200% de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	360% de la BR	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 200% de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	250% de la BR	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 200% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300% de la BR	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	200% de la BR	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 200% de la BR
Actes dentaires (hors nomenclature)				
Parodontologie	Crédit de 200 € par bénéficiaire et par année civile	-	-	-
Implants dentaires	Forfait de 800 € par bénéficiaire et par année civile (limité à 2 implants/an)	-	-	-
Prothèses non dentaires (acceptées Sécurité sociale)				
Prothèses auditives	100% de la BR + crédit de 600 € par bénéficiaire par année civile	-	-	-
Orthopédie et autres prothèses	100% de la BR + crédit de 600 € par bénéficiaire par année civile	-	-	-
Optique (par bénéficiaire)				
<p>Cette garantie prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement d'optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). Cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</p>				
Monture	RSS + Forfait de 100 €	+ Forfait de 40 €	+ Forfait de 50 €	+ Forfait de 50 €
Verres	RSS + Montants indiqués dans la grille optique	+ Montants indiqués dans la grille optique	+ Montants indiqués dans la grille optique	+ Montants indiqués dans la grille optique
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	RSS + Crédit de 220 € par bénéficiaire et par année civile	Crédit annuel augmenté de 100 € par bénéficiaire	Crédit annuel augmenté de 130 € par bénéficiaire	Crédit annuel augmenté de 160 € par bénéficiaire
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 220 € par bénéficiaire et par année civile	Crédit annuel augmenté de 100 € par bénéficiaire	Crédit annuel augmenté de 130 € par bénéficiaire	Crédit annuel augmenté de 160 € par bénéficiaire
Maternité				
Forfait par enfant déclaré	100 €	-	-	-
Actes hors nomenclature				
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, Shiatsu, Etiopathie (intervention par des praticiens inscrits auprès d'une association agréée)	Prise en charge de 50€ par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par année civile	+ prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 3 prises en charge par année civile	+ prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 5 prises en charge par année civile	+ prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 5 prises en charge par année civile

FRAIS COUVERTS	RÉGIME DE BASE	RÉGIMES FACULTATIFS EN COMPLÉMENT DU RÉGIME DE BASE		
Secteur conventionné ou non conventionné	PRESTATIONS Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 NON COMMERCIALISÉE Ne concerne que les assurés ayant souscrit cette option avant le 30/09/2011
Actes de prévention visés par l'arrêté du 05/06/2006				
<ul style="list-style-type: none"> • Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire. • Détartrage annuel complet sur et sous gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) • Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze • Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). • Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), - audiométrie tonale et vocale (CDQP012), - audiométrie tonale et vocale tympanométrie (CDQP002). • L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans. • Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite quel que soit l'âge, - Vaccination de la coqueluche et de l'hépatite B avant 14 ans, - Vaccination du BCG avant 6 ans, - Vaccination de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, - Vaccination de l'Haemophilus influenzae B, - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois. 	100% de la BR			

BR : base de remboursement de la Sécurité Sociale ; TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale ; FR : Frais réel engagés par l'assuré ; DPTM : Dispositif de Pratique tarifaire Maîtrisée ; CAS (contrat d'accès aux soins) ; OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ; OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

(1) DPTM : Dispositif de Pratique tarifaire Maîtrisée :

- CAS (contrat d'accès aux soins),
- OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée)
- OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

(*) Détail du poste dentaire :

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

GRILLES OPTIQUE

CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	MONTANT EN EUROS PAR VERRE	BASE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
				NON COMMERCIALISÉE				
ADULTE (> ou = 18 ANS)								
2203240 : verre blanc			de -6 à +6	70€	+ 20€	+ 30€	+ 50€	
2287916 : verre teinté								
2280660 : verre blanc			Sphérique					
2282793 : verre blanc			de -6,25 à -10	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
2263459 : verre teinté			de +6,25 à +10					
2265330 : verre teinté								
2235776 : verre blanc			< à -10	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
2295896 : verre teinté			ou					
			> à +10					
2259966 : verre blanc	UNIFOCAUX		de -6 à +6	70€	+ 20€	+ 45€	+ 50€	
226412 : verre teinté								
2284527 : verre blanc			Cylindre < à 4					
2254868 : verre teinté			< à -6	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
			et					
			> à +6					
2212976 : verre blanc			de -6 à +6	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
2252668 : verre teinté								
2288519 : verre blanc			Cylindre > à 4					
2299523 : verre teinté			< à -6	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
			et					
			> à +6					
2290396 : verre blanc			de -4 à +4	110€	+ 31€	+ 60€	+ 90€	
2291183 : verre teinté								
2245384 : verre blanc			Sphérique					
2295198 : verre teinté			< à -4	180€	+ 50€	+ 75€	+ 110€	
			ou					
			> à +4					
2227038 : verre blanc	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	110€	+ 31€	+ 60€	+ 90€	
2299180 : verre teinté								
2202239 : verre blanc			Tout Cylindre					
2252042 : verre teinté			< à -8	180€	+ 50€	+ 75€	+ 110€	
			ou					
			> à +8					
ENFANT (< 18 ANS)								
2261874 : verre blanc			de -6 à +6	70€	+ 20€	+ 30€	+ 50€	
2242457 : verre teinté								
2243540 : verre blanc			Sphérique					
2297441 : verre blanc			de -6,25 à -10	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
2243304 : verre teinté			ou					
2291088 : verre teinté			de +6,25 à +10					
2273854 : verre blanc			< à -10	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
2248320 : verre teinté			ou					
			> à +10					
2200393 : verre blanc	UNIFOCAUX		de -6 à +6	70€	+ 20€	+ 45€	+ 50€	
2270413 : verre teinté								
2283953 : verre blanc			Cylindre < à 4					
2219381 : verre teinté			< à -6	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
			et					
			> à +6					
2238941 : verre blanc			de -6 à +6	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
2268385 : verre teinté								
2245036 : verre blanc			Cylindre > à 4					
2206800 : verre teinté			< à -6	95€	+ 31€	+ 45€	+ 70€	
			et					
			> à +6					
2259245 : verre blanc			de -4 à +4	110€	+ 31€	+ 60€	+ 90€	
2264045 : verre teinté								
2238792 : verre blanc			Sphérique					
2202452 : verre teinté			< à -4	180€	+ 50€	+ 75€	+ 110€	
			ou					
			> à +4					
2240671 : verre blanc	MULTIFOCAUX		de -8 à +8	110€	+ 31€	+ 60€	+ 90€	
2282221 : verre teinté								
2234239 : verre blanc			Tout Cylindre					
2259660 : verre teinté			< à -8	180€	+ 50€	+ 75€	+ 110€	
			ou					
			> à +8					