



**Convention Collective Nationale de LA POISSONNERIE DE DETAIL, DEMI-GROS ET GROS
Garanties Frais de santé (IDCC 1504)**

**Annexe 1 – Tableau des Garanties frais de santé « Responsable »
du RÉGIME CONVENTIONNEL**

(Dispositions à compter du 1^{er} janvier 2024)

Les présentes Garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le « 100% Santé ».

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO) ainsi que le remboursement additionnel du régime local Alsace-Moselle » c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire. Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par Bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS RÉGIME CONVENTIONNEL ⁽¹⁾	
HOSPITALISATION (y compris maternité) (3)		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour	200% BR	
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>
	200% BR	180% BR
Chambre particulière non remboursée par le RO (3)	50 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans</u>, non remboursés par le RO	25 € par jour	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
Honoraires médicaux – Consultations et visites de généraliste – Consultations et visites de spécialiste – Actes techniques médicaux – Actes d'imagerie médicale	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>
	200% BR	180% BR
	200% BR	180% BR
	200% BR	180% BR
	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux	100% BR	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonParcoursPsy »	100% BR, limité à 8 séances par an et par bénéficiaire	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	
Médicaments – Médicaments remboursés par le RO – Sevrage tabagique non remboursé par le RO (3) – Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	100 % BR	
	30 € par an et par bénéficiaire	
	50 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical (hors aides auditives)	100% BR + 400€ par an et par bénéficiaire	



AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.	
Equipement « 100% SANTE » *	 100% FR (*)
Equipement Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre * <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaire de 20 ans ou plus - Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité (**) 	100% BR + 800€ par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire 100% BR + 300€ par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR + 400€ par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.	
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR (*)
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre* <ul style="list-style-type: none"> - Monture : - Verres : <div style="margin-left: 150px;"> Par verre simple 92 € Par verre complexe 135 € Par verre hypercomplexe 185 € </div> Prestation d'appairage 100% BR Prestations d'adaptation 100% BR	100 € par monture
Lentilles correctrices <ul style="list-style-type: none"> - Remboursées par le RO - Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables) 	100% BR + 150€ par an et par bénéficiaire 150 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques <ul style="list-style-type: none"> - Correction des troubles de la vision par chirurgie 	400 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * (2)	 100% FR (*)
Soins Hors « 100% SANTE » * <ul style="list-style-type: none"> - Soins dentaires 100% BR - Inlays-Onlays <i>Tarif maîtrisé et libre</i> 250% BR 	
Prothèses Hors « 100% SANTE » * <ul style="list-style-type: none"> - Prothèses dentaires <i>Tarif maîtrisé et libre</i> 280% BR - Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)</i> 280% BRR - Inlays-Core et Inlay-Core à clavette <i>Tarif maîtrisé et libre</i> 195% BR 	
Orthodontie <ul style="list-style-type: none"> - Remboursée par le RO 280% BR - Non remboursée par le RO (3) 280% BRR 	
Autres prestations dentaires <ul style="list-style-type: none"> - Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3) 1000 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire 	



AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité (3) - Forfait naissance / adoption	150 € par enfant
Cure thermique (3) - Remboursée par le RO : o Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) o Frais d'établissement thermal	100 % BR 100 % BR
- Remboursée ou non remboursée par le RO : o Frais de transport o Frais d'hébergement à l'exclusion des frais de repas	200 € par cure et par bénéficiaire
Médecine douce (3) - Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope ou bilan nutritionnel <i>non remboursé par le RO</i>	50 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage - Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L.871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, application du tarif d'autorité de cet organisme.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement.

Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif égal à 3864 € pour 2024)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(**) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20 après correction.

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Précisions sur les Garanties :

Hospitalisation	Le Contrat prend notamment en charge le Forfait patient urgences.
Petit appareillage et Grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des Garanties
Orthodontie non remboursée par le RO	Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste ou un chirurgien-dentiste diplômé d'état. Cet orthodontiste ou cet chirurgien-dentiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, l'Institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisé par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".



Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge. Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermale	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
Sevrage tabagique	Tout substitut nicotinique, tel que prévu dans la "Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie" non prescrit par un médecin et donc non remboursé par le Régime Obligatoire.
Médecine douce	<p>Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.</p> <p>Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.</p>