



Frais de santé « Responsable »

**Convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie-traiteur, poissonnerie (détail et gros), écailler, traiteur de la mer (IDCC 3254)
Secteur professionnel de la Poissonnerie**

**ANNEXE 1 – TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ
« RÉGIME CONVENTIONNEL »**

(Dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2026)

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 ⁽¹⁾ « RÉGIME CONVENTIONNEL »		
HOSPITALISATION (y compris maternité) (3)			
Forfait journalier hospitalier	100% FR		
Frais de séjour	200% BR		
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires libres)	
	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	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires libres)	
	200% BR	180% BR	
	– Consultations et visites de généraliste	200% BR	180% BR
	– Consultations et visites de spécialiste	200% BR	180% BR
	– Actes techniques médicaux	200% BR	180% BR
– Actes d'imagerie médicale	100% BR	100% BR	
Honoraires paramédicaux	100% BR		
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO	100% BR		
Analyses et examens de laboratoire	100% BR		
Médicaments	100% BR		
– Médicaments <i>remboursés par le RO</i>	100% BR		
– Sevrage tabagique <i>non remboursé par le RO (3)</i>	30 € par an et par bénéficiaire		
– Vaccins sur prescription médicale <i>non remboursés par le RO</i>	50 € par an et par bénéficiaire		
Matériel médical « 100% SANTE » *	100% FR *		



NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾ « RÉGIME CONVENTIONNEL »
Matériel médical (hors aides auditives)	100% BR + 400€ par an et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES	
<i>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.</i>	
Équipement « 100% SANTE » *	 100% FR (*)
Équipement Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre * – Bénéficiaire de 20 ans ou plus	100% BR + 800€ par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire
– Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité (**)	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 <i>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.</i>	
Équipement « 100% SANTE » *	 100% FR (*)
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100% FR (*)
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre* - Monture : - Verres :	100 € par monture Par verre simple 92 € Par verre complexe 135 € Par verre hypercomplexe 185 €
Prestation d'appairage	100% BR
Prestations d'adaptation	100% BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	100% BR + 150€ par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques non remboursées par le RO - 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 » *	
- Soins dentaires	100% BR
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	250% BR
Prothèses Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	280% BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	280% BRR
- Inlays-Core et Inlay-Core à clavette Tarif maîtrisé et libre	195% BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	280% BR
- Non remboursée par le RO (3)	280% BRR
Limité à 6 semestres par bénéficiaire et à 2 années par bénéficiaire pour la contention	280% BRR



NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾ « RÉGIME CONVENTIONNEL »
Autres prestations dentaires non remboursées par le RO - 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 : <ul style="list-style-type: none"> o Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) 	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> o Frais d'établissement thermal 	100 % BR
- Remboursée ou non remboursée par le RO : <ul style="list-style-type: none"> 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-ACO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-ACO 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

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif fixé à 4005 € pour 2026)

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) Les précisions sur les Garanties sont définies à l'article « Précisions sur les Garanties » des Conditions générales et de la Notice d'information.