

Garanties régime frais de santé - CCN BAD en vigueur au 01/01/2020

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *			Précisions
	BASE PRIME	CONFORT	CONFORT PLUS	
HOSPITALISATION				
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	175 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	155 % BR	180 % BR	
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours				
- Frais de séjour	150 % BR	250 % BR	350 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier pour durée illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :				Hors ambulatoire.
Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie	1,5 % PMSS / jour	2,5 % PMSS / jour	3,5 % PMSS / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 1 an par hospitalisation et par événement générateur en Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie.
Maternité	2 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	4 % PMSS / jour	Durée limitée à 6 jours par hospitalisation en Maternité Au-delà des 6 jours, la prise en charge sera identique et dans les mêmes conditions que pour la Médecine, Chirurgie, Soins de suite et réadaptation, Psychiatrie
- Frais d'accompagnement (par jour)	Néant	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour	Pour un accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites - Médecins généralistes				
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes				
- Médecins signataires DPTM*	150 % BR	175 % BR	200 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
- Médecins non signataires DPTM*	130 % BR	155 % BR	180 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR	Limité à 100 % BR hors parcours de soins
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Actes d'imagerie et d'échographie				
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Pharmacie hors médicaments	100% BR	100% BR	100% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage (hors matériel auditif, dentaire ou d'optique)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé (2)				
- Inlay Core	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des HLF*	
Prothèses hors 100% santé				
Panier à honoraires maîtrisés (2)				
- Inlay, onlay	100 % BR	135 % BR	165 % BR	Actes soumis à des honoraires limités de facturation
- Inlay-Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR	
Panier à honoraires libres (2)				
- Inlay, onlay	100 % BR	135 % BR	165 % BR	
- Inlay-Core	125 % BR	130 % BR	160 % BR	
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires)	270 % BR	365 % BR	415% BR	
- Autres prothèses (molaires - dents de fond de bouche)	170 % BR	265 % BR	315 % BR	
Soins				
- Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Autres actes remboursés par l'AMO				
- Orthodontie remboursée par l'AMO	275 % BR	300 % BR	325 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Soins prothétiques et prothèses dentaires pour des actes codés dans la CCAM, Parodontologie, Orthodontie (3)	Néant	Forfait de 300€ par an et par bénéficiaire	Forfait de 600€ par an et par bénéficiaire	

Garanties régime frais de santé - CCN BAD en vigueur au 01/01/2020

PRESTATIONS (Pour des frais pris en charge par l'AMO sauf mention expresse contraire ci-dessous)	REMBOURSEMENT TOTAL (1) (AMO + AMC) *			Précisions
	BASE PRIME	CONFORT	CONFORT PLUS	
AIDES AUDITIVES				
A compter du 01.01.2021 : Aides auditives prises en charge par l'AMO - un équipement par oreille tous les 4 ans (date de délivrance) - ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment.				
Équipement 100% santé (8)				
Classe I - Soumis à des prix limites de vente				
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	AMO + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO dans la limite des PLV	Y compris les personnes de 20 ans
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)				
Équipement hors 100% santé (9)				
Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100 % BR + 170€	100 % BR + 500€	100 % BR + 850€	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	100 % BR + 170€	100 % BR + 300€	100 % BR + 300€	Y compris les personnes de 20 ans
- Accessoires, entretien, piles, réparations (7)	100% BR	100% BR	100% BR	
PREVENTION - BIEN-ÊTRE				
- Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO	100 % BR	100% BR	100 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'AMO	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	2,5% du PMSS	2,5% du PMSS	3,5% du PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Médecines complémentaires : ostéopathie	Néant	Néant	20 € par séance	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO*				
- Frais de traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	Néant	10 % PMSS	10 % PMSS	
MATERNITÉ				
- Allocation naissance	5 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré
FONDS SOCIAL				

Conformément aux dispositions du présent régime de remboursement de frais de soins de santé mettant en place un fonds d'action sociale, l'organisme assureur, auprès duquel les structures employeurs adhérent, met à disposition de leurs salariés et de leurs ayants-droit la possibilité de soumettre des demandes d'aides sociales ayant le caractère de secours à caractère exceptionnel, traitées de manière confidentielle.
 Les modalités d'octroi des aides dépendent de critères sociaux prenant en compte notamment l'ensemble des ressources de l'intéressé, la nature et le montant des frais restant à charge...
 Le montant de l'aide ne peut excéder le montant des frais restant à charge après intervention des régimes de base, des organismes complémentaires et de tout autre organisme étant intervenus dans la prise en charge partielle des frais concernés.
 Les organismes assureurs des structures employeurs mentionnent dans leurs contrats et notices d'information l'existence de cette action sociale et les modalités de saisine et de mise en œuvre.

* BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / * PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / * AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / * AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) * DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / * Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / * HLF : Honoraires Limites de Facturation / * PLV : Prix limite de vente / * CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux*

- (1) dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire dûment justifiés,
- (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement.
- (3) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.
- (4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.
 (5) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- ♦ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- ♦ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit à travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments à long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- ♦ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(6) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une même classe (A ou B) d'une part, et d'une monture d'autre part appartenant à une classe (A ou B) différente.

(7) Pour les piles la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(8) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(9) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

(10) Le verre neutre est compris dans cette classe

