

## Convention Collective Nationale de la Coopération Bétail et viande

| <b>GARANTIES</b>   | <b>REMBOURSEMENTS</b><br>Garanties conventionnelles - en complément de la Sécurité sociale<br>Dans la limite des frais réels engagés   |
|--|--|
| <b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE</b><br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné<br>FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné<br>DEPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non<br>FORFAIT HOSPITALIER<br>CHAMBRE PARTICULIÈRE   | <b>100%</b> du TM<br><b>De 0% à 20%</b> de la BR<br><b>165 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>120 %</b> de la BR médecins non DPTM*<br><b>Frais réels</b><br><b>25 €</b> par jour  |
| <b>SOINS COURANTS</b><br><b>HONORAIRES MÉDICAUX</b><br>CONSULTATIONS – VISITES généralistes<br>CONSULTATIONS – VISITES spécialistes<br>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE  | <b>50 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>30%</b> de la BR médecin non DPTM *<br><b>100 %</b> de la BR médecins DPTM/ <b>80%</b> de la BR médecin non DPTM *<br><b>40%</b> de la BR   |
| <b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b><br>Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc   | <b>40%</b> de la BR  |
| Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif MonPsy) (5)  | <b>40%</b> de la BR dans la limite de <b>8 séances</b> (6) / année civile  |
| ACTES DE CHIRURGIE en cabinet<br><b>RADIOLOGIE</b><br>ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE<br>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX<br>MÉDICAMENTS<br>MATÉRIEL MÉDICAL<br>TRANSPORT TERRESTRE  | <b>170%</b> de la BR médecins DPTM / <b>130%</b> de la BR médecins non DPTM*<br><b>50%</b> de la BR médecins DPTM/ <b>30 %</b> de la BR médecins non DPTM*<br><b>50%</b> de la BR médecins DPTM/ <b>30 %</b> de la BR médecins non DPTM<br><b>100%</b> du TM<br><b>40%</b> BR<br><b>35%</b> de la BR |
| <b>DENTAIRE</b><br>Prothèses 100% santé (1)<br>Prothèses hors panier 100% santé (3)<br>SOINS<br>ORTHODONTIE  | <b>Frais réels (2)</b><br><b>190 %</b> de la BR+ <b>300 €</b> par an<br><b>100%</b> TM<br><b>100 %</b> de la BR  |
| <b>OPTIQUE</b><br>En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima.<br>1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de <b>100 €</b> par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4)<br>Equipements 100% santé (1)<br>Equipements à tarifs libres :<br>Monture<br>2 Verres simples<br>1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe<br>2 verres complexes ou hypercomplexes<br>Lentilles prises en charge par la MSA (adultes)<br>Lentilles non prises en charge par la MSA (adulte)<br>Lentilles prises en charge par la MSA (enfants)<br>Lentilles non prises en charge par la MSA (enfants) | <b>Frais réels (2)</b><br><b>100 €</b><br><b>266 €</b><br><b>266 €</b><br><b>266 €</b><br><b>390 % BR + 250 €</b> par année civile<br><b>100 €</b> par année civile<br><b>390 % BR + 125 €</b> par année civile<br><b>100 €</b> par année civile   |
| <b>AIDES AUDITIVES</b><br>Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4)<br><br>Equipements 100% santé (1)<br>Equipements à tarifs libres  | <b>Frais réels (2)</b><br><b>40 %</b> de la BR+ <b>560 €</b><br>dans la limite de <b>1700 €</b> (y compris le remboursement de la MSA) par oreille   |
| <b>MATERNITÉ</b> forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire  | <b>200 €</b>   |
| <b>ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b><br>SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patchs<br>DIÉTETICIEN consultation<br>OSTÉOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état<br>VACCINS non pris en charge par la MSA (prescrit médicalement)  | <b>50 €</b> par an<br><b>30 €</b> dans la limite de <b>2</b> consultations par an<br><b>40 €</b> dans la limite de <b>2</b> consultations par an<br><br><b>100 €</b> par an  |
| <b>ACTES DE PRÉVENTION</b><br>Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006   | <b>100 %</b> TM  |
| <b>SMI ASSISTANCE</b>  | Garanties souscrites auprès de FIDELIA   |

### Garanties valides à partir du 1er septembre 2022

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf forfait naissance).

BR = Base de remboursement de la MSA. TM = Ticket Modérateur.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'Autorité.

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; ces dispositifs regroupent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et le Contrat d'Accès aux Soins.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

\* Pour les médecins non DPTM : le cumul du remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % de la BR, quel que soit le régime et la situation géographique.

(1) Equipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge « frais réels » plafonnée aux honoraires limite de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.

(5) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr>

(6) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1ère séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires à charge du bénéficiaire, en application du contrat responsable.