



Avenant n°1 à l'Accord collectif relatif à la couverture santé des salariés de LCL du 21 juin 2017

Entre la société CREDIT LYONNAIS S.A .ci-après dénommée « LCL »

Représentée par Madame Véronique GOUTELLE
Directrice des Ressources Humaines

Et les organisations syndicales représentatives au niveau de l'entreprise :

- La C.F.D.T.
Représentée par Monsieur Gérard STOFFEL
Délégué Syndical National

- F.O.
Représentée par Madame Danielle GOURDET
Déléguée Syndicale Nationale

- Le S.N.B.
Représenté par Monsieur Xavier PREVOST
Délégué Syndical National

Il a été conclu l'accord ci-après :

GS
UG

PREAMBULE

LCL a mis en place, par un accord collectif du 17 juin 2017, un nouveau régime complémentaire collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé.


Ce régime est assuré dans le cadre d'un dispositif contractuel bénéficiant des aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables, telles que prévues par la législation et réglementation applicable. Ce régime est en effet conforme au cahier des charges des contrats responsables qui encadre les dépenses de santé au travers de certaines obligations et interdictions de prise en charge en termes de prestations.

Ce cahier des charges des contrats responsables évolue à nouveau à compter du 1^{er} janvier 2020, en application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et de son décret d'application n°2019-21 du 11 janvier 2019 qui imposent désormais la couverture de certains soins et équipements sans aucun reste à charge pour les salariés, en matière d'optique, de dentaire et d'audiologie.

C'est dans ce contexte que la Direction de LCL et les organisations syndicales représentatives ont décidé d'engager une négociation en vue, d'acter à effet du 1^{er} janvier 2020 :

- de la mise en conformité des garanties du régime frais de santé, mentionnées dans les grilles de garanties annexées à l'accord collectif précité, afin de conserver au régime son caractère « responsable ».
- de la révision uniforme des cotisations au régime de base obligatoire et régime complémentaire obligatoire
- de l'ajustement de la répartition de ces cotisations entre les deux régimes obligatoires
- et à titre exceptionnel, de l'absence de modification des cotisations du régime supplémentaire.

Il a donc été décidé ce qui suit en application de l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale et des articles L2261-7-1 et L2261-8 du Code du travail.

G.S.  UG
2

Article 1^{er} : Modification de l'Article 7 - Prestations

L'article 7 est annulé et remplacé comme suit :

Les prestations du régime défini par le présent Titre sont celles décrites dans le tableau ci-après.
Leur versement relève de la responsabilité de l'organisme assureur

LCL - Santé - Garanties au 1er janvier 2020

Sauf mention particulière (optique), les garanties sont versées en complément du remboursement de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION

Garanties	Base
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie et psychiatrie) <i>Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers</i>	100% FR
Honoraires médicaux	
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 500% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR
Prestations hospitalières	
Frais de séjour	TM + 20% BR
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	100% FR
Chambre particulière (maximum 60 jours)	55 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, maximum 7 jours)	20 € / jour

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

SOINS COURANTS

Garanties	Base
Honoraires médicaux	
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 50% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 30% BR
Honoraires pour les médecins spécialistes, neuropsychiatres et actes techniques médicaux (consultations, visites et soins)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 200% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR
Honoraires pour des actes de radiologie (radiologie, IRM, scanners, échographie...)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 100% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 80% BR
Honoraires paramédicaux	
Analyses et examens de laboratoire	TM + 50% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	TM
Médicaments	
Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100% TM
Médicaments à service médical rendu modéré	100% TM
Médicaments à service médical rendu faible	100% TM
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	15 €
Pilule contraceptive prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €
Traitement nicotinique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	125 €
Matériel médical	
Appareillages non listés après	TM
Fauteuil roulant remboursé par la Sécurité sociale	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)
Prothèse mammaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€
Prothèse capillaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€
Semelle orthopédique	TM + 700% BR

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

G.S. UF
WS

OPTIQUE

Garanties		Base
<p>La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ; - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ; - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. <p>Le décompte de la période s'effectue de date d'achat à date d'achat.</p> <p>Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la réglementation.</p>		
<p>Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.</p> <p>Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le Prix Limite de Vente (PLV) de l'acte ou du soin.</p>		
Monture		Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Verres		
Prestation d'appairage		
Prestation d'adaptation		
<p>Equipements Hors 100% Santé - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.</p>		
Monture		100 €
Verre		Voir "grille optique" ci-après
Prestation d'adaptation (par équipement)		10 €
<p>Autres prestations optiques</p>		
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁾		TM + 130 €
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) : Forfait par oeil		700 €

(1) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

DENTAIRE

Garanties		Base
<p>Soins et prothèses 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant la prise en charge SS</p>		
Soins		Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires
Prothèses		
<p>Soins hors 100% Santé</p> <p>Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.</p>		
<p>Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre</p>		
Consultations et soins dentaires hors Inlay Onlay		TM
Inlay onlay - forfait par dent		TM + 400% BR
<p>Prothèses hors 100% Santé</p> <p>Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.</p>		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core		TM + 400% BR
Inlay core remboursé par la Sécurité sociale avec ou sans clavette		TM + 170 % BR
Prothèse transitoire		TM + 97 €
Bridge 3 pièces		TM + 1 333 €
Inter de bridge supplémentaire		TM + 538 €
<p>Autres prestations dentaires</p>		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		TM + 300% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)		387 €
Parodontologie non remboursée (forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire)		300 €
Implantologie (par an et par bénéficiaire)		500 €

AIDES AUDITIVES

Garanties		Base
<p>La prise en charge est limitée à un équipement par oreille et par période de 4 ans, décomptée de date d'achat à date d'achat.</p> <p>Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le plafond réglementaire de 1700 € par oreille.</p>		
<p>A compter du 1er janvier 2021 : Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement (1)</p>		
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge		Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)
<p>Equipements hors 100% Santé</p>		
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge		TM + 620 €
<p>Autres</p>		
Piles acoustiques		TM + 60 €

(1) Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé

AUTRES SOINS

Garanties		Base
<p>Médecine douce</p>		
Séances d'ostéopathie par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire		40 €
Séances d'Étiopathie, Chiropractie, Nutritionniste, Ostéodensitométrie non prise en charge, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (par séance, dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire)		25 €
<p>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</p>		
Transport et l'hébergement		TM + 80€
Frais d'accompagnement enfant curiste (enfant de moins de 16 ans, forfait annuel)		40 €
<p>Autres soins</p>		
Ostéodensitométrie		TM
Allocation naissance ⁽¹⁾		125 €
Allocation enfant handicapé ⁽²⁾		390 €
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)		100%

(1) L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré, et sans contrainte de rattachement de l'enfant au contrat. Si les deux parents sont affiliés au régime

(2) L'allocation est versée à la reconnaissance du handicap, sur présentation de justificatif.

SERVICES	
Réseau de Soins	ITELIS
Assistance Hospitalisation	Inclus
Assistance Maladie Redoutées	Inclus
HospiZen	Inclus

LEXIQUE

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement. Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Remboursement de la Sécurité sociale

PLV : Plafond Limite de vente, Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux opticiens et audioprothésistes

HLF : Honoraires Limite de Facturation, Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux dentistes

Grille optique :

Régimes de base et complémentaire obligatoires			
		Dans le réseau ITELIS : OPTI 3 Remboursement intégral y compris Sécurité Sociale sur les produits suivants: verres organiques <u>de marque exclusivement.</u>	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre, y compris Sécurité Sociale
UNIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre aminci	60 €
	Modéré	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre très aminci	80 €
	Moyen	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre ultra aminci	100 €
	Elevé Très élevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre ultra aminci	115 € 145 €
MULTIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre aminci	160 €
	Modéré	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre très aminci	180 €
	Moyen	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre ultra aminci	200 €
	Elevé Très élevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre ultra aminci	220 € 240 €

Correction			
Niveau de correction		Sphère ou Sphère + Cylindre	Cylindre
Faible	Sphère	[-2 ; +2]	0
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	]0 ; +2]	> 0
Modéré	Sphère	[-4 ; -2] ou]+2 ; +4]	0
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0
Moyen	Sphère	[-6 ; -4] ou]+4 ; +6]	0
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0
Elevé	Sphère	[-8 ; -6] ou]+6 ; +8]	0
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4
	Sphère	< -8	> 0
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0

Le présent régime ainsi que le contrat souscrit sont mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires régissant les contrats d'assurance maladie complémentaires responsables (article L 871-1 du code de la sécurité sociale, et R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale).

G.S. UG

Article 2 : Modification de l'article 8 – Cotisations (au régime de base obligatoire responsable)

L'article 8.1.3 – Les modalités de calcul est annulé et remplacé comme suit :

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié est déterminée par conversion d'un tarif forfaitaire cible en taux de cotisation effectif dans les conditions suivantes :

Le tarif annuel individuel au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime, exprimé sous forme d'un tarif forfaitaire cible en euros (ci-après dénommé Tarif dans le présent Titre), a été arrêté, en valeur 2020, à 769,56 €.

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime exprimée en pourcentage de l'assiette de cotisation prise dans les limites prévues à l'article 8.1.2, est déterminée de manière à ce que le total des cotisations obtenues par application de ces pourcentages, à la population couverte, soit égal au tarif forfaitaire total annuel qui serait versé au titre de la même population.

Le montant de cotisations obtenu à partir des cotisations exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation définie ci-dessus est enregistré dans le compte de résultat du contrat souscrit au titre du présent régime.

A la date de mise en place de la nouvelle couverture santé, le pourcentage applicable au présent régime est pour chaque salarié de 2,335 %.

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, le pourcentage de la cotisation annuelle des salariés exerçant leur activité professionnelle en Alsace-Moselle ou dont la relation de travail est régie par le droit de la sécurité sociale Monégasque est de :

- 1,518 % pour un salarié Alsace-Moselle
- 2,218 % pour un salarié Monégasque

L'article 8.2 – Cotisations des ayants droits (au régime de base obligatoire responsable) est annulé et remplacé comme suit :

La cotisation due au titre de l'adhésion facultative des ayants droit (ci-après dénommée Cotisation des Ayants droit dans le présent Titre) est à la charge exclusive du salarié.

Cette cotisation est égale, à la date d'effet du présent accord :

Conjoint : 70,40 € mensuel soit 844,80 € annuel
1 enfant : 23,19 € mensuel soit 278,28 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 106,76 € mensuel soit 1 281,12 € annuel

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, la cotisation des ayants droit relevant du régime Alsace-Moselle ou du régime Monégasque est égale, à la date d'effet du présent accord :

Alsace-Moselle :

Conjoint : 45,76 € mensuel soit 549,12 € annuel
1 enfant : 15,07 € mensuel soit 180,84 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 69,39 € mensuel soit 832,68 € annuel

Monaco :

Conjoint : 66,88 € mensuel soit 802,56 € annuel
1 enfant : 22,03 € mensuel soit 264,36 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 101,42 € mensuel soit 1 217,04 € annuel

UG
G.S.

La cotisation au présent régime due pour les ayants droit est payable mensuellement et fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire du salarié.

Article 3 : Modification de l'Article 14 – Prestations (au régime complémentaire obligatoire)

L'article 14 est annulé et remplacé comme suit :

Les prestations du régime défini par le présent Titre sont celles décrites dans le tableau ci-après.
Leur versement relève de la responsabilité de l'organisme assureur

Sauf mention particulière (optique), les garanties sont versées en complément du remboursement de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION	
Garanties	Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie et psychiatrie) <i>Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers.</i>	100% FR
Honoraires médicaux	
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 500% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 500% BR
Prestations hospitalières	
Frais de séjour	TM + 20% BR
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	100% FR
Chambre particulière <i>(maximum 60 jours)</i>	55 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, maximum 7 jours)	20 € / jour

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

SOINS COURANTS	
Garanties	Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Honoraires médicaux	
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	80% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	80% BR
Honoraires pour les médecins spécialistes, neuropsychiatres et actes techniques médicaux (consultations, visites et soins)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	230% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	230% BR
Honoraires pour des actes de radiologie (radiologie, IRM, scanners, échographie...)	
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	130% BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	130% BR
Honoraires paramédicaux	
Analyses et examens de laboratoire	90% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	35% BR
Médicaments	
Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100% TM
Médicaments à service médical rendu modéré	100% TM
Médicaments à service médical rendu faible	100% TM
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	15 €
Pilule contraceptive prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €
Traitement nicotinique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	125 €
Matériel médical	
Appareillages non listés après	TM
Fauteuil roulant remboursé par la Sécurité sociale	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)
Prothèse mammaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€
Prothèse capillaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€
Semelle orthopédique	TM + 700% BR

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

UG
GS
W

OPTIQUE		Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Garanties		
La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture : - par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ; - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ; - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.		
Le décompte de la période s'effectue de date d'achat à date d'achat. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la réglementation.		
Equipements 100% Santé , tels que définis réglementairement - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le Prix Limite de Vente (PLV) de l'acte ou du soin.		
Monture		Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Verres		
Prestation d'appairage		
Prestation d'adaptation		
Equipements Hors 100% Santé - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.		
Monture		100 €
Verre		Voir "grille optique" ci-après
Prestation d'adaptation (par équipement)		10 €
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁾		TM + 130 €
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) - Forfait par oeil		700 €

(1) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

DENTAIRE		Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Garanties		
Soins et prothèses 100% Santé , tels que définis réglementairement - Garanties incluant la prise en charge SS		
Soins		Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires
Prothèses		
Soins hors 100% Santé Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.		
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre		
Consultations et soins dentaires hors Inlay Onlay		30% BR
Inlay onlay - forfait par dent		430% BR
Prothèses hors 100% Santé Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core		430% BR
Inlay core remboursé par la Sécurité sociale avec ou sans clavette		200 % BR
Prothèse transitoire		TM + 97 €
Bridge 3 pièces		TM + 1333 €
Inter de bridge supplémentaire		TM + 538 €
Autres prestations dentaires		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		TM + 300%BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)		387 €
Parodontologie non remboursée (forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire)		300 €
Implantologie (par an et par bénéficiaire)		500 €

AIDES AUDITIVES		Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Garanties		
La prise en charge est limitée à un équipement par oreille et par période de 4 ans, décomptée de date d'achat à date d'achat. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le plafond réglementaire de 1700 € par oreille.		
A compter du 1er janvier 2021 : Equipements 100% Santé , tels que définis réglementairement (1)		
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge		Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Equipements hors 100% Santé		
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge		TM + 620 €
Autres		
Piles acoustiques		TM + 80 €

(1) Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé

AUTRES SOINS		Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Garanties		
Médecine douce		
Séances d'ostéopathie par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire		40 €
Séances d'Étiopathie, Chiropractie, Nutritionniste, Ostéodensitométrie non prise en charge, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (par séance, dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire)		25 €
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		
Transport et l'hébergement		TM + 80€
Frais d'accompagnement enfant curiste (enfant de moins de 16 ans, forfait annuel)		40 €
Autres soins		
Ostéodensitométrie		30% BR
Allocation naissance ⁽¹⁾		125 €
Allocation enfant handicapé ⁽²⁾		390 €
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)		100%

(1) L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans condition de rattachement de l'enfant au contrat. Si les deux parents sont affiliés au régime.

(2) L'allocation est versée à la reconnaissance du handicap, sur présentation de justificatif.

SERVICES		Régimes obligatoires (base + complémentaire)
Réseau de Soins		ITELIS
Assistance Hospitalisation		Inclus
Assistance Maladie Redoutées		Inclus
HospizEn		Inclus

LEXIQUE

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement. Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

TM : Ticket Modérateur, il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Remboursement de la Sécurité sociale

PLV : Plafond Limite de vente. Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux opticiens et audioprothésistes

HLF : Honoraires Limite de Facturation. Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux dentistes.

GS. 10 VG
8

Grille optique :

		Régimes de base et complémentaire obligatoires	
		Dans le réseau ITELIS : OPTI 3 Remboursement intégral y compris Sécurité Sociale sur les produits suivants: verres organiques <u>de marque exclusivement</u>	Hors réseau ITELIS : Garantie par verre, y compris Sécurité Sociale
UNIFOVAL	Faible	Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	60 €
	Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	80 €
	Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	100 €
	Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures	115 €
	Très élevé	Traitement contre les rayures	145 €
MULTIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés	160 €
	Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés	180 €
	Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés	200 €
	Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures	220 €
	Très élevé	Traitement contre les rayures	240 €

Correction			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	[-2 ; +2]	0
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	]0 ; +2]	> 0
Modéré	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0
Moyen	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0
Elevé	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4
	Sphère	< -8	> 0
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0

Article 4 : Modification de l'article 15 – Cotisations (au régime complémentaire obligatoire)

L'article 15.1.3 – Les modalités de calcul est annulé et remplacé comme suit :

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié est déterminée par conversion d'un tarif forfaitaire cible en taux de cotisation effectif dans les conditions suivantes :

Le tarif annuel individuel au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime, exprimé sous forme d'un tarif forfaitaire cible en euros (ci-après dénommé Tarif dans le présent Titre), a été arrêté, en valeur 2020, à 34,08 €.

La cotisation annuelle au titre de l'adhésion obligatoire du salarié au présent régime exprimée en pourcentage de l'assiette de cotisation prise dans les limites prévues à l'article 8.1.2, est déterminée de manière à ce que le total des cotisations obtenues par application de ces pourcentages, à la population couverte, soit égal au tarif forfaitaire total annuel qui serait versé au titre de la même population.

G.S.  VG

Le montant de cotisations obtenu à partir des cotisations exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation définie ci-dessus est enregistré dans le compte de résultat du contrat souscrit au titre du présent régime.

A la date de mise en place de la nouvelle couverture santé, le pourcentage applicable au présent régime est pour chaque salarié de 0,103 %.

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, le pourcentage de la cotisation annuelle des salariés exerçant leur activité professionnelle en Alsace-Moselle ou dont la relation de travail est régie par le droit de la sécurité sociale Monégasque est de :

- 0,067 % pour un salarié Alsace-Moselle
- 0,098 % pour un salarié Monégasque

L'article 15.2 – Cotisation des ayants droit est annulé et remplacé comme suit :

La cotisation due au titre de l'adhésion facultative des ayants droit (ci-après dénommée Cotisation des Ayants droit dans le présent Titre) est à la charge exclusive du salarié.

Cette cotisation est égale, à la date d'effet du présent accord :

Conjoint : 3,11 € mensuel soit 37,32 € annuel
1 enfant : 1,03 € mensuel soit 12,36 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 4,72 € mensuel soit 56,64 € annuel

Du fait de leur régime de sécurité sociale spécifique, la cotisation des ayants droit relevant du régime Alsace-Moselle ou le régime Monégasque est égale, à la date d'effet du présent accord :

Alsace-Moselle :

Conjoint : 2,02 € mensuel soit 24,24 € annuel
1 enfant : 0,67 € mensuel soit 8,04 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 3,07 € mensuel soit 36,84 € annuel

Monaco :

Conjoint : 2,95 € mensuel soit 35,40 € annuel
1 enfant : 0,98 € mensuel soit 11,76 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 4,48 € mensuel soit 53,76 € annuel


La cotisation au présent régime due pour les ayants droit est payable mensuellement et fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire du salarié.

Article 5 : Modification de l'article 22 – Cotisations (au régime supplémentaire facultatif)

L'article 22.1 Montant de la cotisation est annulé et remplacé comme suit :

La cotisation due au titre du présent régime est à la charge exclusive du salarié.

Cette cotisation est égale, pour le régime général, Alsace-Moselle, et Monaco au 1^{er} janvier 2020 à :

G.S.  UG

Salarié : 14,91 € mensuel soit 178,92 € annuel
Conjoint : 14,91 € mensuel soit 178,92 € annuel
1 enfant : 7,36 € mensuel soit 88,32 € annuel
2 enfants et plus : 2 fois la cotisation d'1 enfant
Ascendant : 14,91 € mensuel soit 178,92 € annuel

La cotisation au présent régime due pour le salarié et ses ayants droit est payable mensuellement et fait l'objet d'un prélèvement sur compte bancaire du salarié.

Article 6 : Durée et date d'effet du présent avenant

Le présent avenant entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020, sous réserve de sa signature et de la réalisation des formalités de dépôts.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être dénoncé dans le cadre de la dénonciation de l'accord collectif d'entreprise du 17 juin 2017 dont il est partie intégrante.

Article 7 – Dépôt de l'avenant

Le présent avenant sera déposé par LCL en un exemplaire auprès du Secrétariat-Greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de conclusion et en un exemplaire sur la plateforme en ligne TéléAccords qui se charge de transmettre auprès de la Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, et de la Consommation, du travail et de l'Emploi (DIRRECCTE) du lieu de conclusion selon les modalités légales et réglementaires en vigueur (notamment les articles L. 3313-3 et D. 3313-1 et suivants du code du travail).

Un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Il sera, le cas échéant, notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non signataires de celui-ci.

Enfin, en application des articles R. 2262-1, R 2262-2 et R. 2262-3 du code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet avenant sera faite par tout moyen aux salariés.

Fait à Villejuif le 20 décembre 2019

Pour LCL,



Pour les organisations syndicales représentatives :

Pour la C.F.D.T.



Pour F.O

Pour le S.N.B.

p/o V. DUCOIN



ANNEXE 1 - Grille de garanties Récapitulative

LCL - Santé - Garanties au 1er janvier 2020

Sauf mention particulière (optique), les garanties sont versées en complément du remboursement de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie et psychiatrie) <i>Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers.</i>	100% FR	100% FR	-
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 500% BR	TM + 500% BR	-
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR	TM + 500% BR	-
Prestations hospitalières			
Frais de séjour	TM + 20% BR	TM + 20% BR	-
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	100% FR	100% FR	-
Chambre particulière <i>(maximum 60 jours)</i>	55 € / jour	55 € / jour	+25 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, maximum 7 jours)	20 € / jour	20 € / jour	+15 € / jour

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

SOINS COURANTS

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 50% BR	80% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 30% BR	80% BR	+50%BR
Honoraires pour les médecins spécialistes, neuropsychiatres et actes techniques médicaux (consultations, visites et soins)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 200% BR	230% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR	230% BR	+50%BR
Honoraires pour des actes de radiologie (radiologie, IRM, scanners, échographie...)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 100% BR	130% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 80% BR	130% BR	+50%BR
Honoraires paramédicaux			
Analyses et examens de laboratoire			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 50% BR	90% BR	-
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 50% BR	90% BR	-
Transport remboursé par la Sécurité sociale	TM	35% BR	-

G.S. 
UG

Sauf mention particulière (optique), les garanties sont versées en complément du remboursement de la Sécurité sociale

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100% TM	100% TM	-
Médicaments à service médical rendu modéré	100% TM	100% TM	-
Médicaments à service médical rendu faible	100% TM	100% TM	-
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	15 €	15 €	-
Pilule contraceptive prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	-
Traitement nicotinique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	125 €	125 €	-
Matériel médical			
Appareillages non listés après	TM	TM	-
Fauteuil roulant remboursé par la Sécurité sociale	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)	-
Prothèse mammaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€	TM + 300€	-
Prothèse capillaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€	TM + 300€	-
Semelle orthopédique	TM + 700% BR	TM + 700% BR	+ 100% BR

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr

OPTIQUE

Garanties

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le décompte de la période s'effectue de date d'achat à date d'achat.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la réglementation.

Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale

Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le Prix Limité de Vente (PLV) de l'acte ou du soin.

Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Equipements Hors 100% Santé - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale			
Monture	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	-
Verres	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	-
Prestation d'appairage			-
Prestation d'adaptation			-
Equipements Hors 100% Santé - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale			
Monture	100 €	100 €	-
Verre	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après
Prestation d'adaptation (par équipement)	10 €	10 €	-
Autres prestations optiques			
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁾	TM + 130 €	TM + 130 €	+50€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) : Forfait par oeil	700 €	700 €	+400€

(1) Prise en charge à hauteur de TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait

DENTAIRE			
Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Soins et prothèses 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant la prise en charge SS			
Soins		Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires	
Prothèses		Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires	
Soins hors 100% Santé			
Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.			
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre			
Consultations et soins dentaires hors Inlay Onlay	TM	30% BR	-
Inlay onlay - forfait par dent	TM + 400% BR	430% BR	+100%BR
Prothèses hors 100% Santé			
Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core			
Inlay core remboursé par la Sécurité sociale avec ou sans clavette	TM + 400% BR	430% BR	+100%BR
Prothèse transitoire	TM + 170 % BR	200 % BR	-
Bridge 3 pièces	TM + 97 €	TM + 97 €	-
Inlay de bridge supplémentaire	TM + 1 333 €	TM + 1333 €	+ 300 €
Autres prestations dentaires			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	TM + 538 €	TM + 538 €	+ 100 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	TM + 300% BR	TM + 300%BR	+50%BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)	387 €	387 €	+200€
Parodontologie non remboursée (forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire)	300 €	300 €	+100€
Implantologie (par an et par bénéficiaire)	500 €	500 €	+200€

AIDES AUDITIVES			
Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
La prise en charge est limitée à un équipement par oreille et par période de 4 ans, décomptée de date d'achat à date d'achat.			
Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le plafond réglementaire de 1700 € par oreille.			
A compter du 1er janvier 2021 : Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement (1)			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge		Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	
Equipements hors 100% Santé			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	TM + 620 €	TM + 620 €	+280€
Autres			
Piles acoustiques	TM +60 €	TM +60 €	-

(1) Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé


G.S.
UG

AUTRES SOINS			
Garanties	Base	Régimes obligatoires (base + complémentaire)	Régime supplémentaire facultatif
Médecine douce			
Séances d'ostéopathie par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	40 €	40 €	+10€
Séances d'Étiopathie, Chiropractie, Nutritionniste, Ostéodensitométrie non prise en charge, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (par séance, dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire)	25 €	25 €	+10€
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Transport et l'hébergement	TM + 80€	TM + 80€	-
Frais d'accompagnement enfant curiste (enfant de moins de 16 ans, forfait annuel)	40 €	40 €	-
Autres soins			
Ostéodensitométrie	TM	30% BR	-
Allocation naissance (1)	125 €	125 €	-
Allocation enfant handicapé (2)	390 €	390 €	-
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%	100%	-

(1) L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement de l'enfant au contrat. Si les deux parents sont affiliés au régime, l'allocation est versée à chacun d'eux.

(2) L'allocation est versée à la reconnaissance du handicap, sur présentation de justificatif.

SERVICES

Réseau de Soins	ITELIS	ITELIS	ITELIS
Assistance Hospitalisation	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance Maladie Redoutées	Inclus	Inclus	Inclus
HospizZen	Inclus	Inclus	Inclus

LEXIQUE

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement. Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Remboursement de la Sécurité sociale

PLV : Plafond Limite de vente. Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux opticiens et audioprothésistes

HLF : Honoraires Limite de Facturation. Limitation des frais réels mise en place par la réglementation "100% santé", qui s'impose aux dentistes.

G.S. VG.

