

CCN des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire - IDCC 2098





Les remboursements ci-dessous s'entendent **y compris le remboursement de la Sécurité sociale** dans la limite des frais réels. Les prestations présentées dans les options incluent les prestations servies au titre du régime conventionnel dit « Base 1 ».

Ensemble du personnel – 3 niveaux de base

en vigueur à compter du 01/01/2026


PRESTATIONS GARANTIES	BASE 1	BASE 2	BASE 3
HOSPITALISATION			
en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique - en établissements conventionnés ou non			
Honoraires chirurgicaux et médicaux			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique⁽³⁾			
Participation forfaitaire au frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	110 % BR	110 % BR	110 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽⁴⁾	20 €/jour	40 €/jour	80 €/jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) secteur conventionné ⁽⁴⁾ enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans	20 €/nuitée	20 €/nuitée	30 €/nuitée
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations/visites et téléconsultations généralistes			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes et professeurs, actes de petite chirurgie et actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmier, orthophoniste, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien.	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport en ambulance accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

MATÉRIEL MÉDICAL

Fauteuils roulants/VPH (véhicule pour personne en situation de handicap) : un panier de soins⁽⁶⁾			
Fauteuils roulants/VPH 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement			
Fauteuils roulants/VPH en forfait de location courte durée dans la limite des forfaits définis réglementairement ⁽⁶⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé	
Prothèses capillaires et accessoires : quatre classes d'équipement			
Matériel médical 100% SANTÉ tel que défini réglementairement			
Prothèse capillaire de classe II et un accessoire textile ⁽⁷⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé	
Autres prothèses capillaires			
Prothèses capillaires Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁷⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses capillaires Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁷⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses capillaires Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁷⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV) - (exemple : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) ⁽⁸⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Autre matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants/VPH) - exemple : lit médicalisé	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires), exemples : orthopédie, prothèses mammaires, pansements, gazes, compresses...	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Complément équipements post cancer post rayons/chimio - sur prescription médicale ⁽⁹⁾	150 €	200 €	250 €
OPTIQUE⁽¹⁰⁾			
Équipement 100% SANTÉ*			
Verres et monture de CLASSE A Prestation d'adaptation et d'appairage Supplément pour verres avec filtre		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé	
Autres équipements⁽¹¹⁾⁽¹²⁾			
Verres et monture de CLASSE B			
Monture	100 €	100 €	100 €
Forfait par verre simple	70 €	80 €	90 €
Forfait par verre complexe	140 €	160 €	170 €
Forfait par verre hyper complexe	250 €	300 €	350 €
Prestation d'adaptation et d'appairage	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale et jetables ⁽¹³⁾	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	-	300 €	600 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% SANTÉ*			
Panier « 100 % SANTÉ » dans la limite des honoraires de facturation (HLF)		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé	
Soins			
Soins des paniers reste à charge maîtrisé et libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre			
Prothèses fixes, inlay-core ou appareil amovible pris en charge par la Sécurité sociale	180 % BR	250 % BR	350 % BR
'Inlay Onlays pris en charge par la Sécurité sociale	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	185 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait implantologie - limité à 2 implants par an et par bénéficiaire ⁽¹⁴⁾	300 €	600 €	900 €

AIDES AUDITIVES

prises en charge par la Sécurité sociale - un équipement par oreille tous les 4 ans dans la limite des prix limite de vente

Équipement 100 % SANTÉ *			
Prothèses auditives de CLASSE I dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé	
Autres équipements			
Équipement de CLASSE II dans la limite de 1 700 € par oreille (y compris Sécurité sociale)			
Bénéficiaire > 20 ans	400 €	500 €	600 €
Bénéficiaire <= 20 ans ou atteint de cécité (acuité auditive < 1/20e après correction)	1 400 €	1 500 €	1 600 €
AUTRES PRESTATIONS			
Médecines douces : professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale reconnus et diplômés : ostéopathes, acupuncteurs, podologue, étiope, chiropracteurs, diététicien-nutritionniste, psychomotricien, psychologue ⁽¹⁵⁾	-	30 €/séance 3 séances max	40 €/séance 4 séances max
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale et limitée au reste à charge ⁽¹⁶⁾	-	100 €	150 €
LES ACTES DE PRÉVENTION			
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour | **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **HLF** : Honoraire Limite de Facturation | **BR – SS** : s'entend à hauteur de la Base de Remboursement **moins** le remboursement de la Sécurité Sociale

Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent barème de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions et limites définies dans votre notice d'information. Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.

*Dispositifs 100 % Santé, tels que définis règlementairement, par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

- (1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).
- (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (5) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini règlementairement - informations sur le site ameli.fr.
- (6) Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis règlementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % santé. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale, il n'y a donc pas de prise charge complémentaire, informations sur le site ameli.fr.
- (7) Limité à 1 prise ne charge par an et par bénéficiaire. La prescription est renouvelable tous les 12 mois. Chaque prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne automatiquement de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue. Concerne les prothèses délivrées par un distributeur agréé spécialisé dont la liste est disponible sur le site e-cancer.com.
- (8) Cette garantie s'applique uniquement si vous ne souhaitez pas de prothèse capillaire, dans la limite de 3 accessoires par an et par bénéficiaire. La base de remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 20 € et le PLV est à 40 €.
- (9) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (10) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.
- (11) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement Sécurité sociale. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de classes ou de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.
- (12) Les remboursements se font dans la limite des plafonds légaux prévus pour les équipements optiques des contrats responsables. Le montant de remboursement de la monture est limité à 100 € maximum remboursement Sécurité sociale inclus.
- (13) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
- (14) Concerne exclusivement l'implant - Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (15) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé et sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel.
- (16) Concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale d'une durée de 21 jours maximum.