

CCN de la METALLURGIE

IDCC 3248

Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2026

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE CONVENTIONNELLE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations Généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	185 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	165 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	165 % BR
Consultations, visites et téléconsultations Spécialistes			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Actes de spécialité, actes de petite chirurgie			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	235 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie, ostéodensitométrie :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	180 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	160 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues pris en charge par la SS ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cas de la maternité			
Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité, dans la limite des garanties des postes Hospitalisation et Soins courants	Oui	Oui	Oui
Autres soins courants			
Frais de déplacement	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*

* limité au forfait réglementaire en vigueur

MATÉRIEL MÉDICAL			
Fauteuil roulant/VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)			
Fauteuil roulant/VPH : un panier de soins ⁽⁴⁾			
Fauteuils roulants / VPH 100% SANTÉ tels que définis réglementairement			
Fauteuil roulant/VPH en forfait de location courte dans la limite des forfaits tels que définis réglementairement ⁽⁴⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % SANTÉ	
Prothèse capillaire et accessoires			
Prothèse capillaire : quatre classes d'équipement			
Matériel médical 100% SANTÉ tels que définis réglementairement			
Prothèse capillaire Classe II et un accessoire textile ⁽⁵⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % SANTÉ	
Autres prothèses capillaires			
Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
Prothèse capillaire Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV) - (exemples : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) ⁽⁶⁾	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
Autre matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) - exemples : lit médicalisé	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
HOSPITALISATION (médicale et chirurgicale, y compris maternité)			
Honoraires y compris maternité			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	220 % BR	235 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport sanitaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Forfait Patient Urgences **	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière en secteur conventionné, y compris maternité, avec nuitée ou en ambulatoire – forfait par bénéficiaire	1,5 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement en secteur conventionné, enfants de moins de 17 ans	1 % PMSS/jour	1,50 % PMSS/jour	1,75 % PMSS/jour
Cas de la maternité : complément aux prestations en nature de l'assurance maternité – dans la limite des garanties des postes Hospitalisation et Soins courants	Oui	Oui	Oui

* limité au forfait réglementaire en vigueur,

** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

OPTIQUE ⁽⁷⁾

Un équipement optique est composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement

Équipements 100 % SANTÉ* tels que définis réglementairement

Verres et monture de
CLASSE A*



Zéro reste à charge dans la limite du panier
100 % santé

Autres équipements ⁽⁸⁾

Verres et monture de CLASSE B ⁽⁸⁾

Forfait pour une monture et 2 verres dont 100 € maxi pour la monture

Monture et 2 verres simples	250 €	350 €	350 €
Monture et 2 verres complexes	350 €	450 €	450 €
Monture et 2 verres très complexes	450 €	550 €	550 €
Monture et un verre simple + un verre complexe	300 €	400 €	400 €
Monture et un verre simple + un verre très complexe	350 €	450 €	450 €
Monture et un verre complexe + un verre très complexe	400 €	500 €	500 €
Prestations d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux), dans la limite de 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Suppléments pour verres avec filtres (verres de CLASSE B), dans la limite de 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Verres de CLASSE A ou B : Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance, dans la limite de 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Verres de CLASSE A ou B : Autres suppléments (prisme/ système antipétosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Autres dispositifs de correction optique

Lentilles prises en charge par la SS ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ Au-delà du forfait, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur	200 € /A/B	250 € /A/B	350 € /A/B
Lentilles non prises en charge par la SS, y compris lentilles jetables ⁽⁹⁾	200 € /A/B	250 € /A/B	280 € /A/B
Chirurgie réfractive de l'œil	-	400 €/œil	400 €/œil

*** Équipement 100 % santé (Classe A) :** Prise en charge intégrale de l'équipement (une monture et 2 verres adulte et/ou enfant), des prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) et supplément pour verres de classe A avec filtres, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).

DENTAIRE			
Soins prothétiques et prothèses dentaires : trois paniers de soins : 100 % Santé – Panier Maitrisé – Panier libre, tels que définis réglementairement			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ*			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Soins dentaires			
Soins dentaires	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Panier Maitrisé (tel que défini réglementairement)			
Inlays-onlays du panier maitrisé dans la limite des HLF ⁽¹¹⁾	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlay core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite des HLF ⁽¹¹⁾	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF ⁽¹¹⁾	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Panier libre (tel que défini réglementairement)			
Inlays-onlays du panier libre	225 % BR	300 % BR	300 % BR
Inlay core pris en charge par la SS du panier libre	225 % BR	300 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS du panier libre	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS ⁽¹²⁾	-	-	410 % BRR**
Orthodontie prise en charge par la SS	225 % BR	300 % BR	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹³⁾	-	-	400 % BRR
Parodontologie prise en charge par la SS	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Parodontologie non prise en charge par la SS	-	-	200 €/A/B
Implant dentaire : Forfait par implant ⁽⁹⁾ - Maxi 2 par A /B (Prise en charge de l'implant seul)	-	300 €	500 €

* **Équipement 100 % santé** : prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)

** Prestations proratisées sur la base d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale (BRR = 120 €).

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ* tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Équipements libres			
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁵⁾ tel que défini réglementairement			
Appareil auditif			
Assuré au-delà de leur 20 ^e anniversaire	200 % BR Pour un ou deux appareils	300 % BR Pour un ou deux appareils	1 240 € Par appareil
Assuré jusqu'à leur 20 ^e anniversaire ou atteint de cécité (acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Autres dispositifs auditifs			
Piles prises en charge par la SS, dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018	100 % BR	100 % BR	100 % BR

* **Équipement 100 % santé** : prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).

PRESTATIONS ELARGIES

Médecine douce et sevrage tabagique ⁽¹⁶⁾

Forfait / séance ou intervention / bénéficiaire

Maxi : 4 séances ou interventions par an ⁽⁹⁾ pour l'ensemble des 6 postes ci-dessous

Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture	25 €/séance	25 €/séance	105 €/séance
Psychomotricité, Étiopathie, Sevrage tabagique	25 €/séance	25 €/séance	25 €/séance
Maternité ou adoption : forfait	150 € par enfant	200 € par enfant	550 € par enfant
Cures thermales prises en charge par la SS :			
Traitement	-	-	100 % BR
Voyage et hébergement	-	-	RSS + 350 €/A/B
Vaccins : Vaccin contre la grippe et autres vaccins prescrits, non pris en charge par la SS	-	-	100 % FR
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui	Oui

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale | **BRR** : Base de remboursement reconstituée | **FR** : Frais Réels | **A** : an

SS : Sécurité Sociale | **€** : euros | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour | **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **PLV** : Prix Limite de Vente | **HLF** : Honoraire Limite de Facturation

Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

- (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 de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).
- (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du remboursement des praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO et du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (3) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement - informations sur le site ameli.fr.
- (4) Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis réglementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % SANTE. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la SS, il n'y a donc pas de prise charge
- (5) Limité à 1 prise en 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.
- (6) 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 SS est fixée à 20 € et le PLV est à 40 €.
- (7) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont 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 :
 Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement 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 enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,
 Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, 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 s'applique.
 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 au 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 au 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 mentionnés.

- 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.

- (8) Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres Equipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

- (9) Forfait par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

- (10) Au-delà du forfait, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

- (11) Le respect de la limite des HLF (Honoraires Limites de Facturation) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

- (12) Le remboursement s'effectue sur la base d'un bridge remboursé par la sécurité sociale. Concerne exclusivement les bridges sur dents saines composés de deux piliers de bridge et d'un intermédiaire de bridge (voir détails dans votre notice d'information).

- (13) Le remboursement s'effectue sur la base de remboursement reconstituée de l'orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, dans la limite de 4 semestres maximum (voir détails dans votre notice d'information).

- (14) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- (15) S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à cette réglementation.

- (16) Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, psychomotricité, étiopathie, sevrage tabagique).

Acupuncture, l'ostéopathie et la chiropraxie : seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

Etiopathie : il doit s'agir d'étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.