

CCN TRANSPORT ROUTIER DE MARCHANDISES MINI PANORAMA - IDCC 16 - Juillet 2022

VOS SERVICES INCLUS !

□ DES SERVICES INNOVANTS :

Une assistance incluse dans toutes nos offres santé (aide à domicile, portage de repas, prise en charge des animaux...) En plus, une Protection Juridique dans tous les domaines de droit de la vie privée, et en cas de litige (recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)

Votre espace adhérent personnel et sécurisé, dès votre souscription, et accessible depuis tous vos smartphones, tablettes, ordinateurs pour télécharger votre carte de tiers payant, suivre vos remboursements, mettre à jour vos coordonnées, effectuer une demande...

Vous bénéficiez de tarifs privilégiés, d'avantages exclusifs, d'un suivi régulier... grâce à notre réseau de soins.

□ DES REMBOURSEMENTS RAPIDES ET DES EXPERTS À VOTRE ÉCOUTE

Une dispense d'avance de frais grâce au tiers payant

Des conseillers experts en santé à votre écoute



VOS AVANTAGES :

□ DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS :

Des offres conformes à la réforme "100% Santé"

Un fonds d'action sociale pour vous soutenir dans les moments difficiles

Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable

□ TÉLÉCONSULTATION INCLUSE :

En cas de problème de santé et d'indisponibilité du médecin traitant, nous vous proposons une consultation médicale assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des médecins, 24h/24, 7j/7, n'importe où dans le monde.

□ UNE ADHÉSION SIMPLE ET IMMÉDIATE :

Aucun frais de dossier

Pas de limite d'âge

Pas de questionnaire médical

CCN TRANSPORT ROUTIER DE MARCHANDISES MINI PANORAMA - IDCC 16 - Juillet 2022

	CCN 16 MINI	CCN 16 MINI OP1	CCN 16 MINI OP2
	RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Complémentaire	Remboursement Complémentaire

Date d'effet : 01/07/2022

HOSPITALISATION**

HONORAIRES

Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	250 % BR	-	80 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	130 % BR	40 % BR	70 % BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels	-	-
---	-------------	---	---

AUTRES PRESTATIONS

Frais de séjour	225 % BR	-	55 % BR
Chambre particulière (par jour)	75 €	-	11 €
Frais d'accompagnant enfants - de 16 ans (par jour)	50 €	-	13 €
Forfait actes lourds et Forfait Patient Urgences	Frais réels	-	-

SOINS COURANTS

TÉLÉCONSULTATION

Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, n° de tel sans surcoût depuis la France au 36 33 et un programme de prévention digital My Easy Santé aide l'assuré à préserver et améliorer sa santé au quotidien.	CF. NOTICES	-	-
--	-------------	---	---

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations et visites médecins généralistes (DPTAM)	150 % BR	15 % BR	120 % BR
Consultations et visites médecins généralistes (non DPTAM)	130 % BR	15 % BR	70 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (DPTAM)	200 % BR	-	70 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (non DPTAM)	130 % BR	10 % BR	70 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)	150 % BR	10 % BR	120 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)	100 % BR	40 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)	200 % BR	-	70 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)	130 % BR	-	70 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (max 8 séances / an)	100 % BR	-	-

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Honoraires auxiliaires médicaux (1)	100 % BR	-	110 % BR
-------------------------------------	----------	---	----------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Frais d'analyse et de laboratoire	100 % BR	-	110 % BR
-----------------------------------	----------	---	----------

MÉDICAMENTS

Médicaments à service médical rendu majeur	100 % BR	-	-
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	-	-
Médicaments à service médical rendu faible	100 % BR	-	-

MATÉRIEL MÉDICAL

Prothèses médicales, orthèses (autres que dentaires et auditives) prises en charge par le RO	100 % BR	55 % BR	75 % BR
--	----------	---------	---------

OPTIQUE (2)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES) ▣

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% santé (monture et verres) - à partir du 01/01/2020 (classe A prise en charge renforcée)	Rbt intégral	-	-
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 €	-	-
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Rbt intégral	-	-
Appairage de verres d'indice de réfraction différents	Rbt intégral	-	-
Supplément pour verres avec filtre	Rbt intégral	-	-
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	Rbt intégral	-	-

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ▣

Une monture de classe B	100 €	-	-
Verre simple (classe B)	90 €	52 €	68 €
Verre complexe (classe B)	120 €	46 €	158 €
Verre très complexe (classe B)	130 €	36 €	148 €

CCN 16 MINI	CCN 16 MINI OP1	CCN 16 MINI OP2
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Complémentaire	Remboursement Complémentaire

Date d'effet : 01/07/2022

OPTIQUE (2)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ▣

Autres prestations : Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	Frais réels (dans la limite des Prix Limite de Vente)	-	-
Autres prestations : Prestations d'adaptation : renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	Frais réels (dans la limite des Prix Limite de Vente)	-	-

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Lentilles prises en charge par le RO (y compris jetables) (3)	60 % BR + 200 €	108 €	142.80 €
Lentilles non prises en charge par le RO (y compris jetables) (3)	80 €	-	-
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil)	-	8 % PMSS	10 % PMSS

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	100 % BR	70 % BR	100 % BR
---	----------	---------	----------

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ▣

Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé	Rbt intégral	-	-
Prothèses amovibles et réparations	Rbt intégral	-	-

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS ▣

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	200 % BR	15 % BR	115 % BR
Inlays et onlays d'obturation hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	200 % BR	15 % BR	115 % BR

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	200 % BR	15 % BR	115 % BR
Inlays et onlays d'obturation hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	200 % BR	15 % BR	115 % BR

AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES

Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	200 % BR	20 % BR	20 % BR
Implantologie non remboursée par le RO (4)(5)	100 €	-	174 €
Orthodontie non remboursée par le RO (par semestre) (6)	100 €	100 % BRR	100 % BRR
Pilier de bridge sur dent saine non pris en charge par le RO (4)	-	100 % BRR	220 % BRR

AIDES AUDITIVES (7)

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTÉ - À COMPTER DU 01/01/2021 ▣

Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	-	-
--	--------------	---	---

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - PANIER HONORAIRES LIBRES - À COMPTER DU 01/01/2021 ▣

Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)	150 % BR	-	15 % BR
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	150 % BR	-	-

BIEN-ÊTRE

MÉDECINE DOUCE

Chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, étiope, diététicien (praticiens diplômés) par an (8)	110 €	20 €	60 €
--	-------	------	------

PRÉVENTION

Traitements nicotiques de substitution non remboursés par le RO	65 €	-	-
Vaccins prescrits non pris en charge par le RO (par an)	20 €	170 €	170 €
Détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents pratiqués par les stomatologues ou les dentistes	100 % BR	-	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B pris en charge par le RO	100 % BR	-	110 % BR
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus HPV (max 1 par prise en charge tous les 3 ans)	100 % BR	-	110 % BR

TRANSPORT

TRANSPORT MÉDICAL

Transport médical remboursé par le RO	115 % BR	15 % BR	75 % BR
---------------------------------------	----------	---------	---------

CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

HONORAIRES MÉDICAUX

Frais de soins et de séjour	65 % / 70 % BR	35 % / 70 % BR	35 % / 70 % BR
-----------------------------	----------------	----------------	----------------

CCN 16 MINI	CCN 16 MINI OP1	CCN 16 MINI OP2
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Complémentaire	Remboursement Complémentaire

Date d'effet : 01/07/2022

CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

AUTRES PRESTATIONS CURE

Frais d'hébergement et de transport remboursés par le RO	65 % BR	7 % PMSS	8 % PMSS
--	---------	----------	----------

MATERNITÉ ⁽⁹⁾

FORFAIT MATERNITÉ - ADOPTION

Forfait maternité - adoption	350 €	-	61 €
------------------------------	-------	---	------

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - BRR : Base de Remboursement reconstituée - Rbt intégral : Remboursement intégral - TM : Ticket modérateur - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel) - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

LEGENDE

(1) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue ... remboursés par le régime obligatoire.

(2) Au 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale),

- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,

- par période de 6 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

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

***Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)

Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.

Verre simple :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;

- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verre complexe :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;

- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

Verre très complexe :

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(3) Tous les 2 ans et sur prescription ophtalmologique de - de 3 ans. Pour les lentilles prises en charge par le RO, au delà du forfait, remboursement à hauteur du TM

(4) Maximum 3 actes par an

(5) Remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants : pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical) : 80% de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique 1) : 20% de la prestation.

(6) Par semestre, pour les traitements commencés après 16 ans, et durant 4 semestres consécutifs maximum.

(7) Au 1er janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 14 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

(8) Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINISS du praticien.

(9) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption, forfait doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

* Avant application, contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...).

♣ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.





CONTRAT RESPONSABLE 2022 : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les

contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. A compter du 1er janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans).

Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document)

CCN 16 MINI	Prix moyen praticqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION**					
H Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	355,00 €	271.70 €	83.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	431,00 €	271.70 €	81.51 €	77.79 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 €	0.00 €	20.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16.50 €	7.50 €	1.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20.00 €	9.00 €	1.00 €	Tarif conventionnel
 Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	50,00 €	20.00 €	29.00 €	1.00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	56,00 €	15.10 €	13.80 €	27.10 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
 Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère]-4,00 à -6,00] (équipement 100% santé)	125,00 €	22.50 €	102.50 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	279.91 €	65.00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Dératrage	28,92 €	20.24 €	8.68 €	0.00 €	Tarif conventionnel
 Couronne céramo-métallique sur dent visible éligible au Panier 100% Santé	500,00 €	84.00 €	416.00 €	0.00 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	84.00 €	156.00 €	310.00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	84.00 €	156.00 €	410.00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
 Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans - Au 1er janvier 2021	950,00 €	240.00 €	710.00 €	0.00 €	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans) - Au 1er janvier 2021	1 476,00 €	240.00 €	360.00 €	876.00 €	Prix moyen national de l'acte





L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2021 soit 3428€

CCN 16 MINI OP1

	Prix moyen praticqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION**					
H Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	355,00 €	271.70 €	83.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	431,00 €	271.70 €	159.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 €	0.00 €	20.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16.50 €	7.50 €	1.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20.00 €	9.00 €	1.00 €	Tarif conventionnel
 Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	50,00 €	20.00 €	29.00 €	1.00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	56,00 €	15.10 €	16.10 €	24.80 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
 Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère]-4,00 à -6,00] (équipement 100% santé)	125,00 €	22.50 €	102.50 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	344.91 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	20.24 €	8.68 €	0.00 €	Tarif conventionnel
 Couronne céramo-métallique sur dent visible éligible au Panier 100% Santé	500,00 €	84.00 €	416.00 €	0.00 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	84.00 €	174.00 €	292.00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	84.00 €	174.00 €	392.00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
 Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans - Au 1er janvier 2021	950,00 €	240.00 €	710.00 €	0.00 €	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans) - Au 1er janvier 2021	1 476,00 €	240.00 €	360.00 €	876.00 €	Prix moyen national de l'acte





L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2021 soit 3428€

CCN 16 MINI OP2

	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION**					
H Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	355,00 €	271.70 €	83.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	431,00 €	271.70 €	159.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 €	0.00 €	20.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16.50 €	7.50 €	1.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20.00 €	9.00 €	1.00 €	Tarif conventionnel
 Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	50,00 €	20.00 €	29.00 €	1.00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	56,00 €	15.10 €	29.90 €	11.00 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
 Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère]-4,00 à -6,00] (équipement 100% santé)	125,00 €	22.50 €	102.50 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	344.91 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	20.24 €	8.68 €	0.00 €	Tarif conventionnel
 Couronne céramo-métallique sur dent visible éligible au Panier 100% Santé	500,00 €	84.00 €	416.00 €	0.00 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	84.00 €	294.00 €	172.00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	84.00 €	294.00 €	272.00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
 Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans - Au 1er janvier 2021	950,00 €	240.00 €	710.00 €	0.00 €	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans) - Au 1er janvier 2021	1 476,00 €	240.00 €	420.00 €	816.00 €	Prix moyen national de l'acte

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2021 soit 3428€