

## GARANTIES SANTÉ 2021 ENTREPRISES D'ARCHITECTURE - IDCC 2332

		Option 1 Régime de base	Option 2 Régime de base inclus
<b>SOINS COURANTS</b> auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Honoraires médicaux			
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste	Adhérent OPTAM* Non adhérent OPTAM*	220 % BR <sup>(8)</sup> 200 % BR <sup>(8)</sup>	240 % BR 200 % BR
chez un spécialiste	Adhérent OPTAM* Non adhérent OPTAM*	220 % BR <sup>(8)</sup> 200 % BR <sup>(8)</sup>	320 % BR 200 % BR
Actes techniques médicaux	Adhérent OPTAM* Non adhérent OPTAM*	145 % BR 125 % BR	145 % BR 125 % BR
Actes d'imagerie médicale	Adhérent OPTAM* Non adhérent OPTAM*	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR
Honoraires paramédicaux		100 % BR	100 % BR
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR <sup>(10)</sup>	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	100 % BR
Médicaments			
- Médicaments remboursés à 65% / 30% / 15%		100 % BR	100 % BR
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		1,5 % PMSS	1,5 % PMSS
- Actes de prévention du contrat responsable		100 % BR	100 % BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	160 % BR	260 % BR
<b>HOSPITALISATION</b> <sup>(1)</sup> en établissement conventionné ou non <sup>(2)</sup>			
Frais de séjour		300 % BR	400 % BR
Honoraires	Praticien adhérent OPTAM* Praticien non adhérent OPTAM*	300 % BR 200 % BR	400 % BR 200 % BR
Chambre particulière <sup>(4)</sup> non remboursée par la Sécurité sociale	Par nuitée en établissement conventionné	3 % PMSS	3 % PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement conventionné	3 % PMSS	3 % PMSS
	Par nuitée en établissement non conventionné	-	3 % PMSS
Lit d'accompagnant <sup>(4)</sup> non remboursé par la Sécurité sociale	Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement non conventionné	-	3 % PMSS
	Par nuitée en établissement conventionné	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS
Forfait journalier hospitalier <sup>(3)</sup> non remboursé par la Sécurité sociale	Par nuitée en établissement non conventionné	-	3 % PMSS
	Par forfait journalier hospitalier	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Forfait maternité (prime de naissance), par enfant		10 % PMSS	10 % PMSS
<b>OPTIQUE</b> (1 monture + 2 verres). Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales			
Équipement 100 % Santé** <sup>(13)</sup> <sup>(14)</sup>		sans reste à payer	sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>	Hors Sévéane	- selon la grille optique	- selon la grille optique
	Dans Sévéane	- selon la grille optique + 50 € par verre dans la limite du cahier des charges des contrats responsables <sup>(8)</sup>	- selon la grille optique + 50 € par verre dans la limite du cahier des charges des contrats responsables <sup>(8)</sup>
Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	6 % PMSS par bénéficiaire et par an	10 % PMSS par bénéficiaire et par an
Chirurgie optique réfractive - Par œil		22 % PMSS	32 % PMSS
<b>DENTAIRE</b> <sup>(5)</sup>			
Soins et prothèses 100 % Santé**		sans reste à payer <sup>(11)</sup>	sans reste à payer <sup>(11)</sup>
Soins autres que 100 % Santé**	Soins dentaires	100 % BR	100 % BR
	Soins dentaires avec dépassement	170 % BR	250 % BR
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS	12 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(9)</sup>	sans reste à payer <sup>(8)</sup> <sup>(11)</sup>	sans reste à payer <sup>(8)</sup> <sup>(11)</sup>
	Prothèses dentaires dents du sourire <sup>(6)</sup> remboursées par la Sécurité sociale	470 % BR	570 % BR
	Prothèses dentaires dents du fond de bouche <sup>(6)</sup> remboursées par la Sécurité sociale	320 % BR	420 % BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	5 % PMSS
Implantologie	Inlay-core	170 % BR	250 % BR
	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		
	Hors Sévéane Dans Sévéane	15 % PMSS 15 % PMSS + 250 € par bénéficiaire et par an <sup>(8)</sup>	25 % PMSS 25 % PMSS + 400 € par bénéficiaire et par an <sup>(8)</sup>
Orthodontie <sup>(7)</sup>	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250 % BR	350 % BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre et par bénéficiaire	-	350 % BRR
<b>AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT</b> par oreille			
Équipements 100 % Santé** (classe I***)	Renouvellement par appareil tous les 4 ans Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Renouvellement par appareil tous les 4 ans.	sans reste à payer <sup>(12)</sup>	sans reste à payer <sup>(12)</sup>
Équipements autres que 100 % Santé** (classe II***)	Hors Sévéane	20 % PMSS	30 % PMSS
	Dans Sévéane	20 % PMSS + 250 € par bénéficiaire et par oreille <sup>(8)</sup>	30 % PMSS + 400 € par bénéficiaire et par oreille <sup>(8)</sup>
Accessoires et fournitures		100 % BR	100 % BR
<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES</b>			
Cures thermales	Cures thermales (hors thalassothérapie) remboursées par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	10 % PMSS	15 % PMSS
Médecine additionnelle et de prévention <sup>(16)</sup>	Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étiope, ostéopathe, psychomotricien, psychologue et tabacologue ( par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire)	25 €	50 €

**+** Indique un niveau de prise en charge supérieur à la base obligatoire de votre convention de branche.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale)

BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

RC = Régime complémentaire

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2021 : 3 428 €)

BRR = Base de Remboursement Reconstituée.

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)

\*\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé 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 réglementairement 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 maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les conditions générales.

\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur sauf mention contraire.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Limité à 3 prothèses remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025. Les actes du panier modéré sont remboursés dans la limite de 100% des Honoraires Limites de Facturation.

(6) Les dents du sourire correspondent aux incisives, canines et premières prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44. Les dents du fond de bouche correspondent aux autres dents.

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(8) Lignes correspondant aux garanties conventionnelles + majorations exceptionnelles PRO BTP valables jusqu'au 31 décembre 2024.

(9) Prothèses hors 100% Santé, auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

(10) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(12) Prothèses auditives relevant du «100% Santé» au 1<sup>er</sup> janvier 2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(13) Équipement 100% Santé «Classe A», pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.

Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018.

La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.

(14) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'article L 165-1-2 du code de la Sécurité sociale.

(15) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.

(16) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ; Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC , Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ; Étiopathes inscrits au Registre National des Étiopathes auprès du Ministère chargé de la santé, Pédicure podologue, Diététicien, Psychomotricien, Psychologue, Tabacologue

## GRILLE OPTIQUE

GRILLE BASE			Grille base		Grille base + option		
			Remboursement enfant < 18 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement enfant < 18 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Monture			100€	100€	100€	100€	
Bonus optique par verre si acquisition dans le réseau Sévéane			50€	50€	50€	50€	
Verre	Avec ou sans cylindre	Type de verre	Montant par verre		Montant par verre		
Unifocal	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	60€	90€	85€	125€	Verre simple
		sphère < - 6 ou > + 6	90€	120€	115€	155€	Verre complexe
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ +4	70€	100€	95€	135€	Verre simple
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70€	100€	95€	135€	Verre simple
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	110€	140€	135€	175€	Verre complexe
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	110€	140€	135€	175€	Verre complexe
Progressif et multifocal	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	120€	180€	170€	250€	Verre complexe
		sphère < à -4 ou > à + 4	140€	200€	190€	270€	Verre très complexe
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	150€	210€	200€	280€	Verre complexe
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	150€	210€	200€	280€	Verre complexe
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170€	230€	220€	300€	Verre très complexe
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170€	230€	220€	300€	Verre très complexe
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170€	230€	220€	300€	Verre très complexe

## → Les taux de cotisation 2021

Choix de l'entreprise pour l'adhésion obligatoire :  
**base conventionnelle** (Option 1)

	Base conventionnelle		Option facultative
	Régime Général	ALM	RG et ALM
Salarié <sup>(1)</sup>	1,90 % du salaire brut	1,20 % du salaire brut	+ 0,28 % PMSS
Extension duo <sup>(2)</sup>	+ 0,92 % PMSS	+ 0,89 % PMSS	+ 0,57 % PMSS
Extension famille <sup>(2)</sup>	+ 2,14 % PMSS	+ 1,93 % PMSS	+ 0,77 % PMSS

Choix de l'entreprise pour l'adhésion obligatoire :  
**base conventionnelle + option** (Option 2)

	Base conventionnelle		Option obligatoire
	Régime Général	ALM	RG et ALM
Salarié <sup>(1)</sup>	1,90 % du salaire brut	1,20 % du salaire brut	+ 0,27 % PMSS
Extension duo <sup>(2)</sup>	+ 0,92 % PMSS	+ 0,89 % PMSS	+ 0,53 % PMSS
Extension famille <sup>(2)</sup>	+ 2,14 % PMSS	+ 1,93 % PMSS	+ 0,72 % PMSS

(1) Le salaire minimum pris en compte est de 45 % PMSS et le salaire maximum pris en compte est de 150 % PMSS.  
(2) Les couvertures «duo» et «famille» sont à la charge exclusive du salarié.

## → Exemples avec le plafond de la Sécurité sociale 2021

**Un employeur relevant du régime général** opte pour un **contrat collectif obligatoire** :  
Base conventionnelle au profit de l'ensemble de ses salariés.

La cotisation pour un salarié s'élèvera donc à **1,90 % du salaire brut déclaré à l'URSSAF** (répartis comme suit : 0,95 % du salaire brut à la charge de l'employeur et 0,95 % du salaire brut à la charge du salarié).

**Un salarié marié avec 2 enfants** dispose d'un **salaire mensuel brut de 3 100€**. Il souhaite :  
1/ étendre ses garanties à son conjoint et ses deux enfants.  
2/ améliorer ses garanties de base et atteindre le niveau de l'Option pour l'ensemble de sa famille.

Il devra s'acquitter des cotisations suivantes :

- Pour lui-même : **39,05€**  
(répartis comme suit : 0,95 % de 3 100€ soit 29,45€ au titre de la base conventionnelle + 0,28 % PMSS au titre de l'option facultative soit 9,60€).
- Pour sa famille : **99,75€**  
(répartis comme suit : 2,14 % PMSS au titre du contrat obligatoire soit 73,36€ + 0,77 % PMSS au titre de l'option facultative soit 26,39€).

[www.prodigeoassurances.com](http://www.prodigeoassurances.com)

