

→ Bénéficiaires

Les personnels des coopératives vinicoles et leurs unions bénéficient du présent régime frais de santé.

→ Tableaux des prestations santé en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 – régime hors Alsace-Moselle
Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale (BR). Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du Régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques). Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optiques). Remboursements sous réserve de respect du Parcours de soins.

Garanties	Remboursements du régime de base	Remboursements Socle obligatoire conventionnel	Remboursements Option 1*	Remboursements Option 2*
FRAIS MÉDICAUX				
Honoraires de praticiens généralistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	70 % BR	100 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	50 % BR	80 % BR
Honoraires de praticiens spécialistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	70 % BR	200 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	50 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
• Analyses, examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	40 % à 0 % BR	40 % à 0 % BR
• Sages-femmes	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
• Radiographie, électroradiologie, imagerie, et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
• Autres actes médicaux (actes de prévention inclus) ⁽²⁾	35 % à 70 % BR	65 % à 30 % BR	65 % à 30 % BR	65 % à 30 % BR
PHARMACIE				
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR
• Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	forfait 40 €
• Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	forfait 40 €
OPTIQUE				
Enfants de moins de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et par an avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.				
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + 300 €	95 % BR + 350 €	95 % BR + 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + 400 €	95 % BR + 450 €	95 % BR + 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + 400 €	95 % BR + 500 €	95 % BR + 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	395 % BR + 200 €	395 % BR + 250 €	395 % BR + 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 €	250 €	250 €
Adultes de plus de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et pour 2 ans⁽³⁾ à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.				
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + 300 €	395 % BR + 350 €	395 % BR + 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + 400 €	395 % BR + 450 €	395 % BR + 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + 400 €	395 % BR + 500 €	395 % BR + 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	395 % BR + 200 €	395 % BR + 250 €	395 % BR + 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 €	250 €	250 €
Chirurgie de l'œil	-	-	150 €/œil	300 €/œil
DENTAIRE				
• Soins dentaires remboursés par le régime de base (y.c. inlay/onlay)	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
• Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	130 % ou 100 % BR	180 % ou 150 % BR	280 % à 250 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300 €/an/bénéficiaire
• Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y.c. couronnes implantoportées)	70 % BR	140 % BR + 300 €/an/bénéficiaire	250 % BR + 300 €/an/bénéficiaire	320 % BR + 300 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie	0 % ou 70 % BR	0 % ou 30 % BR	0 % ou 30 % BR	0 % ou 30 % BR + 200 €
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	500 €/an
APPAREILLAGE				
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses hors auditives	60 % à 100 % BR	40 % ou 0 % BR	40 % ou 0 % BR	40 % ou 0 % BR
• Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR	255 % BR + 400 €/appareil	255 % BR + 500 €/appareil
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (hors psychiatrie), MATERNITÉ (secteur conventionné ou non)				
• Frais de soins et de séjour	80 % à 100 % BR	20 % ou 0 % BR	20 % ou 0 % BR	20 % ou 0 % BR
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	150 % BR	250 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Chambre particulière - max 90 J/an/bénéficiaire	-	25 €/jour	25 €/jour	50 €/jour pendant 60 jours 75 €/jour à compter du 61 ^e jour
• Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) - max 60 J/an/bénéficiaire	-	25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE				
• Frais de soins et de séjour	80 % à 100 % BR	20 % ou 0 % BR	20 % ou 0 % BR	20 % ou 0 % BR
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	-	200 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	-	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DIVERS				
• Transport remboursé par le régime de base	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
• Transport pour hospitalisation de jour	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR + 150 €/an/bénéficiaire
• Prime de naissance	200 €	200 €	200 €	200 €
• Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, microkinésithérapie	-	80 €/an/bénéficiaire	80 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale. **FR** : frais réels.

→ Tableaux des prestations santé en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 – régime Alsace-Moselle

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale (BR). Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du Régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques). Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optiques). Remboursements sous réserve de respect du Parcours de soins.

Garanties	Remboursements du régime de base	Remboursements Socle obligatoire conventionnel	Remboursements Option 1*	Remboursements Option 2*
FRAIS MÉDICAUX				
Honoraires de praticiens généralistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	70 % BR	100 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	50 % BR	80 % BR
Honoraires de praticiens spécialistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	70 % BR	200 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	50 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Analyses, examens de laboratoire	90 % ou 100 % BR	10 % ou 0 % BR	10 % ou 0 % BR	10 % ou 0 % BR
• Sages-femmes	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Radiographie, électroradiologie, imagerie, et ostéodensitométrie	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Autres actes médicaux (actes de prévention inclus) ⁽²⁾	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
PHARMACIE				
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	80 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR
• Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-	forfait 40 €
• Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	forfait 40 €
OPTIQUE				
Enfants de moins de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et par an avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.				
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + 300 €	65 % BR + 350 €	65 % BR + 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + 400 €	65 % BR + 450 €	65 % BR + 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + 400 €	65 % BR + 500 €	65 % BR + 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	365 % BR + 200 €	365 % BR + 250 €	365 % BR + 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 €	250 €	250 €
Adultes de plus de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.				
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR + 300 €	365 % BR + 350 €	365 % BR + 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR + 400 €	365 % BR + 450 €	365 % BR + 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR + 400 €	365 % BR + 500 €	365 % BR + 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	365 % BR + 200 €	365 % BR + 250 €	365 % BR + 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 €	250 €	250 €
Chirurgie de l'œil	-	-	150 €/œil	300 €/œil
DENTAIRE				
• Soins dentaires remboursés par le régime de base (y.c. inlay/onlay)	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
• Orthodontie remboursée par le régime de base	100 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	300 €/an/bénéficiaire
• Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y.c. couronnes implantoprotégées)	90 % BR	120 % BR + 300 €/an/bénéficiaire	230 % BR + 300 €/an/bénéficiaire	300 % BR + 300 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie	0 % ou 90 % BR	0 % ou 10 % BR	0 % ou 10 % BR	0 % ou 10 % BR + 200 €
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	500 €/an
APPAREILLAGE				
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses	90 % à 100 % BR	10 % ou 0 % BR	10 % ou 0 % BR	10 % ou 0 % BR
• Prothèses auditives remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % BR	225 % BR + 400 €/appareil	225 % BR + 500 €/appareil
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (hors psychiatrie), MATERNITÉ (secteur conventionné ou non)				
• Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	-	-
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	150 % BR	250 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Chambre particulière - max 90 J/an/bénéficiaire	-	25 €/jour	25 €/jour	50 €/jour pendant 60 jours 75 €/jour à compter du 61 ^e jour
• Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) - max 60 J/an/bénéficiaire	-	25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-	-
HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE				
• Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	-	-
• Dépassements d'honoraires	-	-	-	-
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	-	200 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	-	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-	-
DIVERS				
• Transport remboursé par le régime de base	100 % BR	-	-	-
• Transport pour hospitalisation de jour	100 % BR	-	-	150 €/an/bénéficiaire
• Prime de naissance	-	200 €	200 €	200 €
• Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	100 % FR	-	-	-
• Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, microkinésithérapie	-	80 €/an/bénéficiaire	80 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale. FR : frais réels.

Les franchises médicales, ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale) prévue à 1 € au 01/01/05, ne pourront donner lieu à remboursement.

* chaque option prend en compte le(s) niveau(x) inférieur(s).

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co). Pour les médecins non conventionnés, se référer aux remboursements des dépassements des médecins non adhérents aux DPTM, le remboursement sera calculé sur la base du tarif d'Autorité défini par l'Article L. 162-5-10 du code de la Sécurité sociale. (2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge). (3) la période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les personnes dont la vue évolue. (4) **Verres unifocaux** : *Verres unifocaux simples* (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 dioptries. *Verres unifocaux complexes* (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries. **Verres mixtes** : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe. **Verres multifocaux** : *Verres multifocaux complexes* (catégorie c) et très complexes (catégorie f) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. (5) forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€.

CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61, rue Taitbout, 75009 PARIS – SIRET : 401 679 840 00033 – Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS Paris n°493 373 682
Siège social : 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris – Tél. : 01 71 21 00 00 – Fax : 01 71 21 00 01 – www.groupagric.com