

# CAHIER DES CLAUSES PARTICULIERES (C.C.P.)

## MISE EN PLACE D'UN CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE « OUVERT » à destination des habitants de TOURNON-SUR-RHONE

Demandeur :	Ville de TOURNON-SUR-RHONE		
Objet de la consultation :	Assurances COMPLEMENTAIRE SANTE pour l'ensemble des habitants de TOURNON-SUR-RHONE		
Date d'effet :	1 <sup>er</sup> janvier 2022 à 0 heure	Echéance annuelle :	31 décembre de chaque année à minuit
Terme / durée :	Les contrats prendront effet le 1 <sup>er</sup> janvier 2022 à zéro heure. Ils seront conclus pour une durée de 48 mois, reconduits automatiquement à l'échéance chaque année jusqu'au 31 décembre 2025.		
Préavis de résiliation :	Préavis de 6 mois pour l'assureur. Il s'agit d'un « contrat ouvert » par l'assureur		
Indexation :	Variation annuelle du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)		

## ARTICLE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

La Ville de **TOURNON-SUR-RHONE** souhaite l'établissement d'un contrat Complémentaire santé « ouvert » par l'assureur retenu, à destination des habitants de l'ensemble de ses habitants.

Le contrat devra être « responsable » conformément aux textes en vigueur, notamment le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014, de la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 et du Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 (100% santé).

Il devra, dans tous les cas, respecter les dispositions régissant son caractère « responsable » et suivre l'évolution des textes réglementaires à venir.

### 1.1 - Résiliation :

Outre les conditions prévues par le Code des Assurances modifiées le cas échéant par les dispositions ci-après, le contrat est résiliable annuellement à l'échéance moyennant un **préavis de 6 mois pour l'assureur**.

### 1.2 - paiement de la cotisation :

Chaque habitant qui adhérera à une des formules proposées par le contrat délivré par l'organisme d'assurance retenu, réglera directement à cet organisme, ou son mandataire, le montant de la cotisation (toutes taxes comprises) par les moyens habituels (chèque, virement, prélèvement).

### 1.3 – indexation :

Le taux de cotisation est indexé chaque année au 1<sup>er</sup> janvier suivant la variation du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale) en vigueur à cette date.

### 1.4 - Évolution du tarif hors indexation :

En cas de révision des conditions tarifaires, nécessitée par l'aggravation de la sinistralité, l'organisme d'assurance devra, lors d'une réunion, présenter à La Ville de **TOURNON-SUR-RHONE**, avant le **1<sup>er</sup> mai**, un rapport justifiant le dépassement des limites tarifaires envisagé pour l'année suivante. Après négociations éventuelles, la Ville jugera de la pertinence de maintenir ou non le dispositif. En cas de décision négative l'assureur s'engage à mettre terme au contrat à l'échéance suivante en prévenant les affiliés, individuellement.

**En annexe 1 de l'acte d'engagement Il est demandé à l'organisme d'assurance de se prononcer sur son éventuel engagement à maintenir sur plusieurs exercices le tarif (taux) fixé dans son offre (hors variation PMSS). Parallèlement il se prononcera sur sa capacité à ne pas résilier pendant la même période s'appuyant sur des résultats déficitaires non liés à une évolution de la réglementation.**  
**Par ailleurs il est demandé au candidat de se prononcer sur le taux maximum de majoration annuelle du taux de cotisation - se reporter à la fiche de tarification**

### 1.5 – Protection des données :

Le Titulaire du contrat s'engage à maintenir secrets, ou confidentiels, tous renseignements, documents ou produits quelconques reçus à l'occasion de l'exécution de la présente convention. Ainsi le Titulaire du contrat ne pourra ni communiquer, ni divulguer, ni publier, ni faire état, de quelque manière que ce soit, de tels renseignements, documents ou produits.

Il s'engage à étendre cette obligation de confidentialité à l'ensemble des personnes qui interviendront pour son compte ou à la suite de sa demande dans la réalisation des prestations objet de la présente convention, y compris des sous-traitants.

Le Titulaire du contrat est également tenu au respect des règles relatives à la protection des données à caractère personnel auxquelles il a accès pour les besoins de l'exécution du contrat. De manière générale, le candidat doit être en mesure de démontrer dans son offre la conformité de sa gestion des données à caractère personnel avec les **exigences du CNIL et le Règlement européen sur la Protection des Données (RGPD) applicable à compter du 25 mai 2018.**

## ARTICLE 2 – CONTEXTE – DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

### 2.1 – Dispositions législatives et réglementaires :

**La nature et l'étendue des prestations** s'entendent à législation et réglementation constantes. Elles sont déterminées, de même que leurs expressions, leurs règles d'application et leurs modes de liquidation, compte tenu des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la sécurité sociale en vigueur à la date d'effet.

En cas de réforme de l'assurance maladie et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), l'expression, les règles d'application et les modes de liquidation des garanties seront adaptées par l'assureur au plus tôt, à la date d'application par la Sécurité Sociale des dispositions et/ou des bases de remboursement (CCAM) nouvelles. Ainsi les garanties et remboursements exprimés en fonction des anciennes règles de remboursement (CCAM) et l'incidence de ces nouvelles dispositions et bases de remboursement (CCAM) soient neutralisés à l'égard des parties et des bénéficiaires (sous réserve des dispositions sur la portabilité des droits et celles de l'article 4 de la loi EVIN).

Il est rappelé (Cf. art.1 dispositions générales) que le contrat mis en place doit être « **responsable** » et prévoir :

- La prise en charge de deux mesures (au moins) de prévention listées par la réglementation (détartrage, vaccination, dépistage...),
- Le respect de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, et notamment :
  - o Non prise en charge des participations forfaitaires (franchises) laissées à la charge du bénéficiaire (article L 322-2 Code Sécurité Sociale – y compris franchises médicales issues de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008).
  - o Non prise en charge des conséquences du non-respect du parcours de soins coordonnés (articles L 162-5-3, L 161-36-2, L 162-5 18° du Code de la Sécurité Sociale).
- L'application des dispositions du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (100% santé).
- Toutes autres nouvelles dispositions d'application obligatoires feront l'objet d'une mise à jour du contrat.

## ARTICLE 3 – GARANTIES ACCORDEES

Les tableaux des garanties constituent l'annexe 1 du présent cahier des clauses particulières.

Les montants exprimés en pourcentage du BRSS (base de remboursement de la SS) COMPRENENT le remboursement de la sécurité sociale ; à concurrence des frais réels.

## ARTICLE 4 – GESTION DES PRESTATIONS

Les prestations, seront versées **par virement**, directement à chaque habitant ayant adhéré au contrat.

Des accords d'échanges informatisés ont été signés avec l'ensemble des C.P.A.M. de France, permettant de faire bénéficier les assurés du régime général de la gestion NOEMIE. La mise en place doit être automatique pour tous salariés et leurs ayants-droit fournissant la copie de leur attestation vitale en cours de validité, sauf :

- En cas de refus de l'assuré notifié par courrier ;
- Si la gestion NOEMIE fonctionne déjà auprès d'un autre organisme complémentaire (pour un ayant droit du salarié) ;

## ARTICLE 5 – DISPOSITIONS PARTICULIERES

**5.1 Il est convenu que les garanties s'exerceront dès la prise d'effet du contrat dit « mutuelle communale ».**

**5.2 Habitant de TOURNON-SUR-RHONE ne disposant pas de mutuelle à titre personnel :**

L'adhésion interviendra au **1<sup>er</sup> jour du mois suivant** la demande validée par l'assureur. **Il est demandé que cette adhésion intervienne sans questionnaire ni délai d'attente.**

L'organisme d'assurance retenu aura cependant la possibilité de retenir une des dispositions prévues à l'**annexe 3** de l'acte d'engagement.

**5.3 Habitant de TOURNON-SUR-RHONE disposant d'une mutuelle à titre personnel ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative :**

L'adhésion interviendra sans délai d'attente ni questionnaire médical dès lors que l'adhésion au contrat « mutuelle communale » coïncidera avec la date de résiliation du contrat précédent.

L'organisme d'assurance retenu s'engage à assister le futur affilié dans ses démarches pour la résiliation de son contrat.

**5.4 Par ayants droit de l'habitant adhérent il faut entendre :**

- Son conjoint non séparé de droit, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin, à charge au sens de la Sécurité Sociale ou relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité Sociale
  - *Est considéré comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du code civil ;*
  - *Est considéré comme concubin, au sens de l'article 515-8 la personne vivant en couple avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune, sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer...) :*
- Ses enfants à charge : Sont considérés comme à charge les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs de l'agent ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, si ces enfants satisfont à l'une des conditions suivantes :
  - Être âgé de moins de 20 ans ayant droit de l'adhérent, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin au sens de la sécurité sociale et à charge fiscalement.
  - Être âgé de 26 ans au plus (jusqu'au 31 décembre de leur 26<sup>ème</sup> anniversaire), sur présentation d'un justificatif s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures.
  - Être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi, durant une année à partir de la fin de leurs études, dans la limite de leur 27<sup>ème</sup> anniversaire (jusqu'au 31 décembre de leur 27<sup>ème</sup> anniversaire).
  - Sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'Article L.241-3 du Code de l'action sociale et des Familles.
    - Les ascendants non imposables, à la charge fiscale et matérielle exclusive de l'adhérent, son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage...) conditionne le maintien des garanties.

Sur demande justifiée, un ayant droit pourra demander sa radiation par l'intermédiaire de l'habitant assuré. Cette radiation intervenant à la fin du mois de la demande.

**5.6 Il n'y a pas d'exclusion particulière pour les accidents d'aéronefs, les accidents de tous sports / loisirs pratiqués à titre amateur.**

- 5.7** Les garanties s'appliquent **dans le monde entier** pour des **séjours d'une durée inférieure à 3 mois** consécutifs. En cas d'hospitalisation à l'étranger et si besoin, l'organisme assureur accepte le règlement des avances ou cautions exigées pour cette hospitalisation.
- 5.8** Pour les **frais engagés en dehors de France**, sous réserve que la Caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'adhérent est affilié intervienne, le complément sera pris en charge par l'assureur sur la base des garanties prévues au présent contrat.
- 5.9** **Les frais prescrits antérieurement** à la prise d'effet du présent contrat mais non encore réalisés sont pris en charge par le présent contrat.
- 5.10** **En cas d'hospitalisation** dans un établissement conventionné, **l'assureur délivre un accord de prise en charge** garantissant le paiement de l'ensemble des frais dans la limite des garanties accordées au tableau des garanties.
- 5.11** Pour les frais engagés hors secteur conventionné, la prise en charge au titre du présent contrat sera calculée par référence au régime de base pour les actes effectués en secteur conventionné.
- 5.12** Le candidat s'engage (article 15 de la loi EVIN) à transmettre annuellement à la Ville un compte de résultats consignant :
- D'une part :
    - Les résultats de la consommation par exercice, décliné par poste de garantie et mettant en évidence l'évolution du nombre de règlements effectués en regard du nombre de personnes assurées,
    - Les provisions (avec indication des méthodes de calcul),
    - Les frais de gestion,
  - D'autre part :
    - Les cotisations perçues hors taxes,
    - Les produits financiers.
- 5.13** Le candidat répondra aux modalités de gestion –**annexe 3**- de l'acte d'engagement et pourra joindre un mémoire précisant les modalités de mise en place du contrat de sa gestion et de remboursement des prestations (télétraitement NOEMIE et gestion « papier »).
- 5.14** L'organisme d'assurance porteur du risque **délivrera à chaque affilié la notice d'information** prévue par le code des assurances et le code de la Mutualité.
- 5.15** **L'organisme d'assurance remettra**, en temps opportun, **à l'assuré une carte lui permettant de bénéficier du tiers payant** (carte qui reste propriété de l'assureur). Cette carte doit permettre le tiers payant dans la plupart des pharmacies, hôpitaux et cliniques, laboratoires et radiologues. A ce sujet le candidat apportera à l'acte d'engagement - annexe 3 les précisions nécessaires concernant le réseau « tiers payant ».
- 5.16** En cas de sinistre mettant en jeu la responsabilité d'un tiers, **l'organisme assureur est subrogée** à exercer le recours pour l'assuré, en récupération des sommes restant à sa charge.

## ARTICLE 6 – ELEMENTS D'INFORMATIONS TECHNIQUES

Un sondage a été conduit par la Ville relatif à l'intérêt de la mise en place d'une mutuelle communale. Le résultat du sondage est joint ci-dessous :



synthèse Ville.pdf

## Article 7 – COUVERTURE ANTERIEURE

Aucun dispositif « mutuelle communale » n'est actuellement en place.

**TABLEAU DES GARANTIES - ANNEXE 1**

Chaque habitant choisira une des formules ci-dessous, en fonction de sa situation et de ses besoins.

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAU DES PRESTATIONS (y compris le remboursement SS)		
	COMPLEMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	FORMULE SECURITE	FORMULE CONFORT
<b>ACTES COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>			
Consultation, téléconsultation, visite de Généraliste adhérents OPTAM	100% BRSS	120% BRSS	120% BRSS
Consultation, téléconsultation, visite de Généraliste <b>NON OPTAM</b>	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultation, téléconsultation, visite de Spécialiste adhérents OPTAM	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Consultation, téléconsultation, visite de Spécialiste <b>NON OPTAM</b>	100% BRSS	180% BRSS	180% BRSS
Téléconsultation médicale	100% BRSS	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
<b>ACTES D'IMAGERIE (ADI), ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE)</b>			
Réalisés par des Médecins	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
<b>ACTES DE SPECIALITES (K) ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM)</b>			
Réalisés par des Médecins adhérent OPTAM	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Réalisés par des Médecins <b>NON OPTAM</b>	100% BRSS	130% BRSS	130% BRSS
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>			
Auxiliaires médicaux conventionnés (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie, orthopédie orthoptie, pédicure-podologue ...)	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Consultation et visites de sagefemme	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS

<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité Sociale (compris actes de prélèvements)	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Forfait actes lourds (décret 19/6/2006)	NEANT	Frais réels	Frais réels
<b>MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES</b>			
Séance d'Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Micro-kinésithérapie, Efiopathie, Naturopathie, Phytothérapie, Mésothérapie, Sophrologie non remboursée par la Sécurité Sociale. Consultation de Diététicien, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Ergothérapeute, Homéopathe (limite par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des praticiens)	NEANT	1% PMSS / maxi 4 séances /an /bénéficiaire	1,50% PMSS / maxi 4 séances /an /bénéficiaire
<b>MEDICAMENTS</b>			
Toute Pharmacie (notamment médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales) remboursés par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Toute pharmacie (notamment médicaments, pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs, homéopathie et préparations magistrales NON remboursés par la Sécurité Sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	NEANT	1% PMSS	3% PMSS
<b>TRANSPORT</b>			
Frais de transport ambulance ...	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>			
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>			
En établissement conventionné OU NON (frais de séjour, frais de salle d'opération etc.)	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
<b>HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX</b>			
Médecins conventionnés OPTAM-OPTAM-CO	100% BRSS	150% BRSS	250% BRSS
Médecins conventionnés <b>NON OPTAM-OPTAM-CO</b>	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
Professionnels NON-médecin (Sages-femmes)	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Honoraires paramédicaux (Kiné)	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Forfait actes lourds (décret 19/6/2006)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hospitalisation à domicile	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
<b>AUTRES FRAIS</b>			
Chambre particulière (par jour)	NEANT	2% PMSS	2% PMSS
Chambre particulière (par jour) en séjours spécialisés (90js maxi)	NEANT	2% PMSS	2% PMSS
Chambre particulière en ambulatoire (jour)	NEANT	1% PMSS	1% PMSS



Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit d'accompagnant (moins de 16ans /plus de 70 ans/ handicapé) <u>par jour</u>	NEANT	1 % PMSS	1 % PMSS
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
<b>MATERNITE (particularités)</b>			
Fécondation in vitro (2 par an)	NEANT	NEANT	4% PMSS
Forfait contraception (par an)	NEANT	NEANT	8% PMSS
<b>DENTAIRE</b>			
Soins et prothèses "100% santé" prise en charge dans la limite des HLF : prothèse fixe - amovible - couronne - inlay-core	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Soins dentaires (y compris consultations médicales, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, actes techniques médicaux et parodontologie, remboursés par la Sécurité Sociale)	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Actes de stomatologie	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Panier aux "Tarifs maîtrisés" : acte de réparation - prothèse fixe - amovible - couronne - inlay-core ( <b>Dans la limite de HLF</b> )	100% BRSS + forfait - Voir Grille "complémentaire santé solidaire" jointe	200% BRSS	300% BRSS
Panier aux "Tarifs libres" : Acte de réparation - prothèse fixe - amovible - couronne - inlay-core - implantologie remboursable SS		200% BRSS	300% BRSS
Prothèse dentaire provisoire		125% BRSS	125% BRSS
Orthopédie dento-faciale	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Orthodontie acceptée par la SS (par bénéficiaire /semestre)	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
<b>SOINS ET EQUIPEMENTS NON REMBOURSES SS</b>			
Prothèse dentaire et Inlay-core (par acte)	NEANT	10% PMSS	15% PMSS
Parodontologie/ gingivectomie non remboursable (an /bénéficiaire).	NEANT	5% PMSS	8% PMSS
Implants (par implant, maxi 2 par an)	NEANT	10% PMSS	20% PMSS
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Equipement "100% Santé" - Classe A - prise en charge dans la limite des PLV</b>			
Monture de Classe A (Adulte et Enfant)	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Verre de Classe A	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels

**CONTRAT RESPONSABLE** (remplacement de l'équipement tous les 2 ans sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

**EQUIPEMENT OPTIQUE - Classe B - hors 100% Santé (selon grille optique)**

Monture	100% BRSS + forfait - Voir Grille "complémentaire santé solidaire" jointe	100 €	100 €
a) Monture et 2 Verres simples		TM + 150 €	200 €
b) Monture et 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)		TM + 200 €	250 €
c) Monture et 2 Verres complexes		TM + 250 €	300 €
d) Monture et 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)		TM + 200 €	280 €
e) Monture et 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)		TM + 300€	350 €
f) Monture et 2 Verres très complexes		TM + 350€	450 €
Lentilles prise en charge (par an/bénéficiaire)	10% PMSS	40% BRSS + 5% PMSS	100% BRSS + 5% PMSS
Lentilles NON prise en charge (par an/bénéficiaire)	NEANT	4% PMSS	4% PMSS
Chirurgie oculaire (par œil/an)	NEANT	10% PMSS	20% PMSS

**AUDIOLOGIE**

Equipement "100% Santé" - Classe 1 - prise en charge dans la limite des PLV à compter du 1/1/2021		100% Frais réels	100% Frais réels
Equipement auditif (adulte /enfant)hors "100% santé" classe 2 - tarifs libres (oreille)	100% BRSS + forfait - Voir Grille "complémentaire santé solidaire" jointe	1 000 €	1 300 €
Périodicité pour les équipement ci-dessus (par bénéficiaire)			
Petits accessoires auditifs (piles...) par an / bénéficiaire	Voir Grille "complémentaire santé solidaire" jointe	100% BRSS	100% BRSS

**MATERIEL MEDICAL**

Prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires, grand et petit appareillage, autre dispositif médical remboursés par la Sécurité Sociale : Appareil assistance respiratoire, prothèses oculaires (hors dentaire et audiologie)	100% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Fauteuil électrique	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Prothèses diverses, appareillage, fauteuil SANS PRISE EN CHARGE SS	100% BRSS	150% BRSS (*)	10% PMSS

<b>CURE THERMALE</b>			
Honoraires médicaux et prestation prise en charge par la SS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait thermal (par an/ bénéficiaire)	NEANT	NEANT	3% PMSS
<b>PRESTATIONS NON REMBOURSABLES (sur prescription)</b>			
Vaccins prescrits NON pris en charge par la SS : par an /bénéficiaire	NEANT	2% PMSS	2% PMSS
Forfait substituts nicotiniques, dépistage audition, ostéodensitométrie, matériel de surveillance de l'hypertension (limite par an et par an /bénéficiaire).	NEANT	2% PMSS	2% PMSS
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
Prise en compte de tous les actes de prévention (article R 871-2 du code de la SS)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Autres actions de prévention (animation d'une réunion publique sur thématique précise)	A détailler	A détailler	A détailler
Assistance : prestations (aide à domicile ...)	A proposer	Intervention assistant spécialisé	Intervention Assistant spécialisé
Fonds social (aide sur présentation de dossier)	A proposer	Action sociale	Action sociale



CSS\_Optique.pdf



CCS Dentaire.pdf



CCS Audiologie.pdf