KLÉSIA
Assureur d'intérêt général

COMMERCES DE DÉTAIL NON ALIMENTAIRES

TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ
Ensemble du personnel

Version au 1er avril 2026

CCN Commerces de détail non alimentaires IDCC 1517

Frais de santé

ENSEMBLE DU PERSONNEL

Garanties en vigueur au 1er avril 2026

Dans la limite des frais réellement engagés et y compris la Sécurité sociale	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE BASE	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE OU DU SALARIE BASE + OPTION 1	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE OU DU SALARIE BASE + OPTION 2
NATURE DES ACTES			
SOINS COURANTS			
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	130 % BR	140 % BR	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	110 % BR	120 % BR	130 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	140 % BR	150 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	120 % BR	130 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	100 % BR	120 % BR	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues pris en charge par la SS (10)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MEDICAMENTS			
Médicaments remboursés à hauteur de 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à hauteur de 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à hauteur de 15%	Néant	Néant	100 % BR
AUTRES SOINS COURANTS			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)			
Matériel médical "100% santé" tels que définis réglementairement	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale (hors aide auditive et prothèse dentaire) - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale (hors aide auditive et prothèse dentaire) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	300 % BR	400 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION			
HONORAIRES y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*

CCN Commerces de détail non alimentaires IDCC 1517

Frais de santé

ENSEMBLE DU PERSONNEL

Garanties en vigueur au 1er avril 2026

Dans la limite des frais réellement engagés et y compris la Sécurité sociale	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE BASE	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE OU DU SALARIE BASE + OPTION 1	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE OU DU SALARIE BASE + OPTION 2
NATURE DES ACTES			
AUTRES FRAIS D'HOSPITALISATION			
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Forfait Patient Urgences**	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour	4 % PMSS/jour
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours/an (3)	1 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour
OPTIQUE (4) **-** Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins. Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement			
EQUIPEMENT "100 % SANTE" tels que définis réglementairement			
Verres et monture de CLASSE A	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
AUTRES EQUIPEMENTS OPTIQUE- FORFAIT POUR DEUX VERRES ET UNE MONTURE			
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques - exemple : prisme, appairage			
Monture (5)	100 €	100 €	100 €
Forfait Verre à simple foyer (5) (verre unifocal), par verre	60 % BR + 60 €***	60 % BR + 100 €***	60 % BR + 160 €***
Forfait Verre complexe (5) (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre	60 % BR + 145 €***	60 % BR + 200 €***	60 % BR + 300 €***
Forfait Verre très complexe (5) (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre	60 % BR + 160 €***	60 % BR + 275 €***	60 % BR +350 €***
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AUTRES DISPOSITIFS DE CORRECTION OPTIQUE			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (3) (6)	100 % BR + 100 €/an/ bénéficiaire	100 % BR + 150 €/an/ bénéficiaire	100 % BR + 200 €/an/ bénéficiaire
Chirurgie réfractive forfait (3)	300 €/an/ bénéficiaire	600 €/an/ bénéficiaire	1 000 €/an/ bénéficiaire
DENTAIRE - Soins et prothèses : trois paniers de soins			
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"			
Panier 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
AUTRES SOINS			
Soins du panier modéré	100 % BR dans la limite du HLF	100 % BR dans la limite du HLF	100 % BR dans la limite du HLF
Soins du panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlays du panier modéré	120 % BR dans la limite du HLF	120 % BR dans la limite du HLF	200 % BR dans la limite du HLF
Inlay-onlays du panier libre	120 % BR	120 % BR	200 % BR
AUTRES PROTHESES			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la Sécurité sociale du panier modéré	185 % BR dans la limite du HLF	330 % BR dans la limite du HLF	400 % BR dans la limite du HLF
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la Sécurité sociale du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Inlay-Core du panier modéré	185 % BR dans la limite du HLF	330 % BR dans la limite du HLF	400 % BR dans la limite du HLF
Inlay-Core du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale (3)	200 €/an/ bénéficiaire	325 €/an/ bénéficiaire	400 €/an/ bénéficiaire
AUTRES DISPOSITIFS DENTAIRES			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	140 % BR	275 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (3)	200 €/an/ bénéficiaire	400 €/an/ bénéficiaire	500 €/an/ bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (3)	55 €/an/ bénéficiaire	110 € /an/ bénéficiaire	150 €/an/ bénéficiaire
Forfait Implantologie (3)	165 €/an/ bénéficiaire	330 € /an/ bénéficiaire	400 € /an/ bénéficiaire

CCN Commerces de détail non alimentaires IDCC 1517

Frais de santé

ENSEMBLE DU PERSONNEL

Garanties en vigueur au 1er avril 2026

Dans la limite des frais réellement engagés et y compris la Sécurité sociale	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE BASE	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE OU DU SALARIE BASE + OPTION 1	A LA MAIN DE L'ENTREPRISE OU DU SALARIE BASE + OPTION 2
NATURE DES ACTES			
AIDE AUDITIVE [7] **Aides auditives : deux classes d'équipements (Classe I ou 100% SANTÉ et Classe II)**			
EQUIPEMENT "100 % SANTE" tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
AUTRE EQUIPEMENTS			
Équipement de CLASSE II [8]			
Appareil auditif/oreille	550 €/oreille	850 €/oreille	1 000 €/oreille
AUTRES DISPOSITIFS AUDITIFS			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PREVENTION			
KIT CONFORT [3] [9]			
Professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue	30 € par séance Maxi 2 séances /an/ bénéficiaire	40 € par séance Maxi 3 séances /an/ bénéficiaire	40 € par séance Maxi 4 séances /an/ bénéficiaire
MATERNITÉ/CONTRACEPTION			
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	Néant	200 €/enfant	300 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale [3]	100 €/an/ bénéficiaire	100 €/an/ bénéficiaire	150 €/an/ bénéficiaire

* limité au forfait règlementaire en vigueur.
** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entrainant pas d'hospitalisation
*** Y compris le TM

BR : Base de Remboursement | FR : Frais Réels | SS : Sécurité Sociale | € : euros| A : An | J : jour | HLF : Honoraire Limite de Facturation |TM : Ticket Modérateur

Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.□
(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 Anesthésie, Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).□
(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.□
(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.□

(4) 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 entrainant 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.

(5) 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.
(6) Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
(7) 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.□
(8) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale et TM compris) □
(9) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.□
(10) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.

Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel
klesia.fr

Réf. CDS-316-101/26 - PHOTOS GETTYIMAGES
KLESIA Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris
Numéro IDU: FR233042_01GSBS