

Brochure n° 3062

Convention collective nationale

IDCC : 2332. – **ENTREPRISES D'ARCHITECTURE**

ACCORD DU 5 JUILLET 2007

RELATIF AU RÉGIME DE MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE

NOR : ASET0750971M

IDCC : 2332

Entre :

L'union nationale des syndicats français d'architectes (UNSA) ;

Le syndicat de l'architecture,

D'une part, et

Le syndicat CFE-CGC BTP ;

Le syndicat FNCF-SYNATPAU CFDT ;

La fédération BATIMAT-TP CFTC ;

La fédération nationale des salariés de la construction CGT ;

Le syndicat FG-BTP FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime frais de santé au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective nationale des entreprises d'architecture.

Article 2

Bénéficiaires

Le régime frais de santé s'applique aux salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises d'architecture.

Article 3

Conditions d'ancienneté

Les garanties frais de santé sont acquises aux salariés définis à l'article 2 sans condition d'ancienneté dès la date d'embauche du salarié.

Article 4

Garantie frais de santé

Article 4.1

Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent accord

Les salariés définis à l'article 2 du présent accord bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel. Leurs ayants droit peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié (cf. art. 4.3)

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie et ce, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 4.2

Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément à la circulaire DSS/5 B/2005/396 du 25 août 2005, certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur lequel doit préalablement informer les salariés de cette faculté. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- salariés sous contrat à durée déterminée ;
- saisonniers ;
- salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire instituées dans le cadre de la couverture maladie universelle ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés employeur multiples) ;
- salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent accord, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé par leur conjoint. La couverture du salarié concerné doit bien relever d'une obligation imposée au conjoint et non pas d'une adhésion facultative. Cette disposition n'est valable qu'à la date d'adhésion de l'entreprise. Cette faculté n'est plus ouverte après cette date, même pour les salariés embauchés postérieurement.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 1 mois à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 1 mois qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins 1 fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 4.3

Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié

Conformément à l'article 4.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Toutefois, les salariés peuvent opter facultativement pour une extension de la garantie frais de santé à tout ou partie de leur famille, soit en optant pour la couverture « couple », soit en optant pour la couverture « famille ».

Couverture « couple »

La couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et :

- de son conjoint

ou

- de son enfant à charge.

Couverture « famille »

La couverture « familiale » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme désigné de la demande d'extension familiale, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

Article 4.3.1

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les 2 célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS).

Article 4.3.2

Définition des enfants à charge

Est réputé à charge du salarié l'enfant légitime, naturel, reconnu, adoptif du salarié, de son conjoint ou concubin, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial :

- de moins de 18 ans ;
- de plus de 18 ans et de moins de 26 ans,
 - s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
 - s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation ;
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE).

Les conditions d'âge prévue ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e catégorie de la sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civil.

Article 5

Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

Le maintien de la couverture frais de santé collective obligatoire est accordé gratuitement pendant 1 mois à compter de la rupture du contrat de travail pour les anciens salariés cités ci-dessous et pour leurs ayants droit éventuels qui étaient affiliés.

A l'issue de cette période et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une garantie frais de santé peut être maintenue par un choix de contrats individuels proposés sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les anciens ayants droit d'un assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du participant.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposées par l'organisme assureur.

En application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, les majorations éventuelles des cotisations ne pourront excéder 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs (D. 90-769 du 30 août 1990).

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.1

Conditions de la garantie frais de santé

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin.

Article 5.2

Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires, de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, et la contribution forfaitaire, instituées respectivement aux articles 3,7.8 et 20 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, ne donnent pas lieu à remboursement.

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des frais réels (1) Etablissements non conventionnés : 90 % des frais réels dans la limite de 50 % du PASS par bénéficiaire et par an (1)
- Lit d'accompagnant (enfants âgés de moins de 16 ans)	Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS par jour
- Chambre particulière (y compris maternité)	Frais réels dans la limite de 3 % du PMSS par jour
- Forfait hospitalier	Frais réels
- Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation <i>in vitro</i>)	Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS
- Consultations, visites : généraliste ou spécialiste - Analyses et auxiliaires médicaux - Frais de déplacement - Frais d'électroradiologie et radiothérapie - Actes techniques médicaux, petite chirurgie	30 % BR 40 % BR 30 % BR 30 % BR 30 % BR

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Frais de transport	35 % BR
Prothèse médicales diverses (orthopédie...) <ul style="list-style-type: none"> - Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an/bénéficiaire) - Frais pharmaceutiques remboursés - Vaccins non remboursés 	35 % BR Frais réels (1) dans la limite de 20 % PMSS Vignettes blanches 35 % BR/vignettes bleues 65 % BR/vignettes oranges 15 % BR Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS/bénéficiaire/an
<ul style="list-style-type: none"> - Soins dentaires - Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale - Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale - Implantologie dentaire (par an et par bénéficiaire) - Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale (pour les enfants de moins de 16 ans uniquement) 	30 % BR Frais réels (1) dans la limite de 300 % BR par dent 12 % PMSS par dent 12 % PMSS Frais réels (1) dans la limite de 100 % BR
Optique <ul style="list-style-type: none"> - Verres, montures et lentilles (remboursées ou non par la sécurité sociale, y compris lentilles jetables) 	Frais réels (1) dans la limite de 11 % du PMSS/bénéficiaire/an pour les unifocaux + montures et lentilles 19 % du PMSS/bénéficiaire/an pour les verres progressifs + montures et lentilles Consommation d'un seul forfait par an
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale (soins et hébergement)	Frais réels (1) dans la limite de 10 % du PMSS/bénéficiaire/an
(1) Sous déduction des prestations de la sécurité sociale.	

Actes de prévention (1) :

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC12) : TM ;
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans (remboursement sur les bases d'un tarif conventionné chez un orthophoniste conventionné : AMO 24) : TM ;
- vaccin DT Polio, tous âges : TM.

Glossaire :

- BR : base de remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale ;
- TM : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières et de la contribution forfaitaire ;
- PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- PASS : plafond annuel de la sécurité sociale.

Article 5.3

Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, les organismes désignés tiennent compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique. Les cotisations et les prestations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département, dans lequel il exerce ses fonctions.

Les conditions particulières ainsi déterminées sont mentionnées dans l'annexe I au présent accord intitulée « Garantie frais de santé des salariés et ayant droits bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

Article 6

Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail reconnu par la sécurité sociale ou en cas de congé maternité ou paternité, la garantie frais de santé est maintenue moyennant le versement par l'employeur des cotisations correspondantes.

Dans les autres cas, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné moyennant le versement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de

(1) Actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 II du code de la sécurité sociale.

l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant sa reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Article 7

Modalités d'adhésion

Article 7.1

Organismes gestionnaires

Les organismes désignés pour assurer, dans le cadre d'une coassurance, la couverture des garanties frais de santé prévues par le présent accord, sont : IONIS Prévoyance (institution membre de IONIS), 50, route de la Reine, BP 85, 92105 Boulogne-Billancourt Cedex ; URRPIMMEC (institution membre du Groupe Malakoff), 75, avenue du Centre, Guyancourt, 78287 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex.

Article 7.2

Principe d'adhésion

L'ensemble des entreprises relevant du champ d'activité professionnel visé par la convention collective nationale des entreprises d'architecture doit rejoindre l'organisme désigné selon la localisation géographique de son siège social et en fonction de la répartition suivante :

- IONIS Prévoyance pour toutes les entreprises dont le siège social est situé dans la région Ile-de-France soit Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise et dans les départements de l'Aube, d'Eure-et-Loir, de la Marne et de l'Yonne ;
- L'URRPIMMEC pour toutes les entreprises dont le siège social est situé en province à l'exclusion des départements confiés à IONIS Prévoyance.

Concernant les entreprises qui ne disposaient d'aucun régime frais de santé, l'adhésion à l'organisme désigné est impérative dès la date d'effet du présent accord, telle que mentionnée à l'article 8 du présent accord.

Les entreprises qui auraient souscrit un régime collectif obligatoire antérieurement à la date de signature du présent accord, pourront :

- adhérer à l'organisme désigné dès la dénonciation, à la 1^{re} échéance contractuelle possible, des contrats souscrits auprès d'autres organismes ;
- maintenir leur ancien contrat au-delà des délais de dénonciation contractuels en apportant la preuve à l'organisme désigné qu'à la date de signature du présent accord les niveaux de prestations étaient supérieurs (l'appréciation se faisant globalement : aucune garantie inférieure et au moins une garantie supérieure) et que la quote-part de la cotisation à la charge du salarié était inférieure ou égale à celle du régime ici défini.

Les entreprises qui auraient souscrit un régime collectif facultatif antérieurement à la date de signature du présent accord devront adhérer à l'organisme désigné après dénonciation des contrats souscrits auprès d'autres organismes.

Article 7.3

Accords d'entreprise

Dans les entreprises d'architecture dont l'effectif est inférieur, égal ou supérieur à 11 salariés les accords améliorant, en faveur des salariés, soit la répartition des taux, soit les garanties, seront conclus, en l'absence de délégué syndical, ou en cas de carence de représentants élus du personnel, par le mandatement de salarié auprès des organisations syndicales de salariés en assimilation aux dispositions de l'article L. 132-26 III du code du travail.

Ces accords seront transmis à la DGEFP ainsi qu'à la CPNNC et déposés au greffe des prud'hommes par les parties les plus diligentes des partenaires sociaux signataires.

Article 7.4

Retraite. – Rupture du contrat de travail

Dans tous les cas de rupture du contrat de travail – retraite, démission, licenciement..., l'employeur déclare ce changement aux organismes gestionnaires dès la rupture effective du contrat de travail (fin du préavis payé ou indemnisé).

Article 8

Durée. – Date d'effet

Le présent régime frais de santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il sera soumis à la procédure d'extension et prendra effet à compter du 1^{er} jour du 3^e mois suivant la date de publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension.

Article 9

Réexamen des conditions de la mutualisation

En application de l'article L. 912-1 de la loi n° 94-678 du 8 août 1994, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques seront examinées tous les 5 ans.

Article 10

Commission paritaire de gestion du régime frais de santé

Il est institué au sein de la branche professionnelle, une commission paritaire de gestion du régime frais de santé.

10.1. Composition

La commission paritaire de gestion du régime frais de santé est composée de membres désignés par les organisations représentatives dans le champ d'application de l'accord :

- un collège salarié comprenant 2 représentants pour chacune des organisations représentatives ;
- un collège employeurs du même nombre total de représentants.

10.2. Rôle

La commission paritaire de gestion du régime frais de santé a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime frais de santé institué par l'accord :

- application de l'accord frais de santé ;
- examen des litiges éventuels résultant de cette application, conciliation ;
- examen des comptes annuels ;
- propositions d'ajustements et d'améliorations des dispositions de l'accord : garanties, fonctionnement ;
- suivi de la mise en conformité des contrats existants.

En cas de litiges relatifs à l'application des dispositions de l'accord, elle pourra être saisie afin d'interpréter et d'arrêter un avis sur les dossiers qui lui seront soumis.

10.3. Réunions

La commission paritaire de gestion du régime frais de santé se réunit au moins 1 fois par semestre. Les convocations sont adressées par le secrétariat du paritarisme en liaison avec les organismes désignés. Les convocations sont adressées au moins 15 jours à l'avance et sont accompagnées des documents de gestion liés à l'ordre du jour.

10.4. Présentation des comptes

Les organismes désignés fourniront chaque année à la commission paritaire de gestion du régime frais de santé un rapport d'information sur les comptes des résultats globaux et par risque du régime. Ce rapport sera établi 6 mois après la clôture de chaque exercice.

Après accord de la commission paritaire de gestion du régime frais de santé, une synthèse de ce document pourra être transmise à chaque adhérent.

Article 11

Obligations des entreprises adhérentes et des salariés

Les organismes désignés réalisent une notice d'information adressée aux entreprises adhérentes, à charge pour ces dernières de la remettre à chacun des salariés concernés, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale. De même, en cas de modifications apportées aux droits et obligations des salariés, une nouvelle notice sera établie par les organismes désignés et devra être remise à chaque salarié par l'entreprise adhérente. La preuve de la remise de la notice au salarié et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

Article 12

Financement du régime

12.1. Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations des garanties frais de santé sont exprimées en pourcentages du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, dans les limites mensuelles suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 45 % du PMSS ;
- salaire maximum pris en compte : 150 % du PMSS.

Ainsi, les salariés percevant une rémunération mensuelle inférieure à 45 % du PMSS auront une cotisation assise sur ce salaire plancher et les salariés percevant une rémunération mensuelle supérieure à 150 % du PMSS auront une cotisation assise sur ce salaire plafond.

12.2. Montant des cotisations

a) Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4.1) :

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé à : 1,99 % du salaire visé à l'article 12.1.

La répartition de cette cotisation entre l'employeur et le salarié s'établit comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

b) Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4.3) ;

Le montant de la cotisation mensuelle supplémentaire, en sus du 1,99 % est fixé comme suit :

- cotisation « couple » : 1,80 % du salaire visé à l'article 12.1

ou

- cotisation « famille » : 4,16 % du salaire visé à l'article 12.1.

12.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement par les entreprises, à terme échu.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des participants ;
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales mensuelles précomptées sur les salaires.

12.4. Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Les salariés et leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient de conditions particulières (prestations et cotisations) mentionnées dans l'annexe I au présent accord intitulée « garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

12.5. Révision des cotisations

Les taux des cotisations ont été établis en fonction de l'analyse des risques à la date de négociation du présent accord. Ces taux seront automatiquement révisés, sans qu'il soit nécessaire qu'un avenant au présent accord soit conclu, en tenant compte notamment des techniques du régime et après approbation de la commission paritaire de gestion. La commission paritaire de gestion pourra également décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer les garanties.

Cependant, durant les 2 premières années de mise en place du régime et sous réserve des modifications pouvant intervenir dans les modalités de calcul des prestations des régimes de base de la sécurité sociale, les taux de cotisations seront maintenus.

Article 13

Dénonciation du présent accord

Conformément à l'article L. 132-8 du code du travail, les parties contractantes peuvent dénoncer le présent accord à tout moment moyennant un préavis de 6 mois.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou de la totalité des signataires salariés, le texte dénoncé continue d'être appliqué jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou, à défaut, pendant une durée maximum de 18 mois à compter de l'expiration du préavis précité.

Fait à Paris, le 5 juillet 2007.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I (art. 12.4 de l'accord)

**Garanties frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires
du régime local Alsace-Moselle**

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 10 % des frais réels (1) Etablissements non conventionnés : 90 % des frais réels dans la limite de 50 % du PASS par bénéficiaire et par an (1)
– Lit d'accompagnant (enfants âgés de moins de 16 ans)	Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS par jour
– Chambre particulière (y compris maternité)	Frais réels dans la limite de 3 % du PMSS par jour
– Forfait hospitalier	Frais réels
– Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation <i>in vitro</i>)	Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS
– Consultations, visites : généraliste ou spécialiste – Analyses et auxiliaires médicaux – Frais de déplacement – Frais d'électroradiologie et radiothérapie – Actes techniques médicaux, petite chirurgie	10 % BR 10 % BR 10 % BR 10 % BR 10 % BR

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Frais de transport	35 % BR
Prothèse médicales diverses (orthopédie...) <ul style="list-style-type: none"> - Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an/bénéficiaire) - Frais pharmaceutiques remboursés - Vaccins non remboursés 	10 % BR Frais réels (1) dans la limite de 20 % PMSS Vignettes blanches 10 % BR/vignettes bleues 20 % BR/vignettes oranges 15 % BR Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS/bénéficiaire/an
<ul style="list-style-type: none"> - Soins dentaires - Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale - Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale - Implantologie dentaire (par an et par bénéficiaire) - Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale (pour les enfants de moins de 16 ans uniquement) 	10 % BR Frais réels (1) dans la limite de 280 % BR par dent 12 % PMSS par dent 12 % PMSS Frais réels (1) dans la limite de 100 % BR
Optique <ul style="list-style-type: none"> - Verres, montures et lentilles (remboursées ou non par la sécurité sociale, y compris lentilles jetables) 	Frais réels (1) dans la limite de 11 % du PMSS/bénéficiaire/an pour les unifocaux + montures et lentilles 19 % du PMSS/bénéficiaire/an pour les verres progressifs + montures et lentilles Consommation d'un seul forfait par an

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale (soins et hébergement)	Frais réels (1) dans la limite de 10 % du PMSS/bénéficiaire/an
Frais d'obsèques	Frais réels dans la limite de 100 % du PMSS
(1) Sous déduction des prestations de la sécurité sociale.	

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-dessus intègrent les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, et la contribution forfaitaire, instituées respectivement aux articles 3, 7, 8 et 20 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, ne donnent pas lieu à remboursement.

Actes de prévention (1) :

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC 12) : TM ;
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans (remboursement sur les bases d'un tarif conventionné chez un orthophoniste conventionné : AMO 24) : TM ;
- vaccins DT polio, tous âges : TM.

Montant des cotisations :

a) Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4.1 de l'accord) :

Le montant de la cotisation est fixé à : 1,25 % du salaire visé à l'article 12.1 de l'accord. La répartition de cette cotisation entre l'employeur et le salarié s'établit comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

b) Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4.3 de l'accord) :

Le montant de la cotisation supplémentaire, en sus du 1,25 %, est fixé comme suit :

- cotisation « couple » : 1,22 % du salaire visé à l'article 12.1 de l'accord ;
- cotisation « famille » : 2,63 % du salaire visé à l'article 12.1 de l'accord.

(1) Actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 II du code de la sécurité sociale.