

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(CHAMPAGNE-ARDENNE)**

ACCORD DU 3 JUILLET 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997155M

Entre :

La fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA) de Champagne-Ardenne ;

L'union régionale des syndicats des entrepreneurs des territoires de Champagne-Ardenne ;

Le syndicat régional des horticulteurs, maraîchers et pépiniéristes de Champagne-Ardenne ;

La fédération régionale des coopératives d'utilisation du matériel agricole (CUMA) de Champagne-Ardenne,

D'une part, et

L'UPRA-CFDT ;

La CFTC-Agri ;

La FNAF CGT ;

La FGTA CGT-FO ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Champ d'application

Professionnel : le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles relevant des activités suivantes : culture et élevage de toute nature – à l'exception des exploitations viticoles de Champagne délimitée –, coopératives d'utilisation du matériel agricole (CUMA) – à l'exception des CUMA de déshydratation et des CUMA viticoles –, entreprises de travaux agricoles ainsi que les établissements dirigés par l'exploitant agricole en vue de la

transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou les structures d'accueil touristique, notamment d'hébergement et de restauration, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci.

Territorial : le présent accord régit tous les travaux salariés visés au paragraphe précédent, effectués dans des entreprises situées dans la région Champagne-Ardenne (Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne) et dans tous les établissements dont le siège, représenté par des bâtiments d'exploitation, est situé sur le territoire de cette région, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe et quels que soient le domicile et la nationalité des parties.

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire santé collectif et obligatoire et d'un régime optionnel facultatif au bénéfice des salariés des entreprises relevant de son champ d'application.

Cette assurance couvrira à titre obligatoire :

- le salarié bénéficiaire et ses ayants droit tels que définis ci-après pour les exploitations agricoles de toute nature, les CUMA et les entreprises de travaux agricoles des départements des Ardennes, de la Marne et de la Haute-Marne, ainsi que les entreprises de travaux agricoles du département de l'Aube. Ce régime est désigné ci-dessous régime familial ;
- le salarié bénéficiaire seulement pour les exploitations agricoles de toute nature et les CUMA du département de l'Aube. Ses ayants droit pourront alors être affiliés à titre facultatif. Ce régime est désigné ci-dessous régime individuel.

Article 3

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2010 pour l'ensemble des employeurs et salariés visés à l'article 1^{er} si son arrêté d'extension est publié avant cette date ou à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* si celui-ci est publié après le 1^{er} janvier 2010.

En tout état de cause, il s'imposera au 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué à compter du 1^{er} janvier 2010, de manière volontaire, par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Il vient en remplacement des régimes de complémentaire santé institués par :

- l'article 45 *bis* de la convention collective des exploitations et entreprises agricoles des Ardennes ;
- l'article 65 de la convention collective des exploitations de polyculture et d'élevage et des CUMA du département de la Marne, des entreprises de travaux agricoles et ruraux des départements de la Marne et de l'Aube et des exploitations maraîchères, horticoles et pépinières du département de la Marne ;
- le chapitre XII *bis* de la convention collective des exploitations de polyculture et d'élevage, des CUMA et des exploitations de cultures spécialisées du département de la Haute-Marne,

qui seront abrogés avec effet à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Article 4

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 1 an d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint 1 an d'ancienneté.

En sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la CPCEA en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention collective du 2 avril 1952 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP, par exemple) relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Disposition transitoire

Bénéficieront du régime obligatoire, avec participation de l'entreprise, les salariés de la Haute-Marne qui, à la date d'entrée en vigueur de l'accord, ont moins de 1 an mais plus de 6 mois d'ancienneté et bénéficient du régime obligatoire antérieurement mis en place dans ce département.

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement à charge ou non à charge du salarié au sens de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA). Est assimilé au conjoint à charge le concubin ou la personne liée par un Pacs ;
- les enfants du salarié ou de son conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA).

Article 5

Dispenses d'affiliation

Peuvent renoncer au bénéfice du régime d'assurance complémentaire frais de santé prévu au présent accord :

1. Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obli-

gatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations supérieur. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

2. Les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel, si l'intéressé ne peut le résilier par anticipation.

3. Les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément. Ils doivent le faire savoir par écrit à leur employeur en apportant tout justificatif de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs.

4. Les apprentis et les salariés à temps partiel, inférieur à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, si la cotisation qu'ils doivent acquitter au titre de la complémentaire santé est supérieure à 10 % de leur rémunération.

5. Pour les salariés à employeurs multiples relevant du présent accord, le bénéficiaire sera affilié au titre d'un seul employeur, celui chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté et qui prendra en charge la cotisation définie ci-après.

Dispense d'affiliation des ayants droit

Pour les bénéficiaires du régime familial défini à l'article 2, l'affiliation des ayants droit est obligatoire sauf :

- si l'ayant droit est couvert par un système de garanties ayant un caractère collectif et obligatoire relevant des 6° à 8° alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- si l'ayant droit est couvert par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Dans ces deux cas, le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficient son conjoint et/ou ses enfants.

Pour les couples travaillant dans la même entreprise ou dans 2 entreprises relevant du régime mis en place par le présent accord, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Justification des renoncements au régime

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Article 6

Adhésion au régime optionnel supplémentaire

L'adhésion à l'option couverture supplémentaire est ouverte à tout salarié bénéficiaire du régime, sans examen médical préalable, par la signature d'un bulletin d'adhésion adressé à l'organisme assureur.

Cette adhésion doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation au régime obligatoire et prendra effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion.

Passé ce délai de 2 mois, tout salarié bénéficiaire du régime obligatoire a la possibilité d'adhérer au régime optionnel supplémentaire au 1^{er} janvier de chaque année et pour une durée minimale de 1 an.

Le salarié peut adhérer pour lui-même seulement ou pour lui-même et ses ayants droit.

A l'issue de cette durée minimale de 1 an, le salarié a la possibilité de renoncer à la fin de chaque année au régime optionnel supplémentaire, sous réserve de notifier sa décision à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception expédiée au moins 2 mois à l'avance.

Toute renonciation au régime optionnel supplémentaire entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion pour une période de 2 ans.

Article 7

Garanties

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations du régime obligatoire sont présentés dans le tableau figurant en annexe I de l'accord et celles du régime optionnel supplémentaire en annexe II.

Ces régimes s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits responsables défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

En conséquence :

- sont prises en charge les prestations de prévention figurant sur l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- ne sont remboursées ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits responsables.

Article 8

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les

employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner PREVA-DIES, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 442 224 671, dont le siège social se situe 143, rue Blomet, 75015 Paris, adhérente à la Fédération de la mutualité française.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Article 9

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe pour un niveau de prestations supérieur, avec une participation de l'employeur d'un taux au moins égal à celui du présent accord peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé obligatoire de niveau inférieur aux garanties définies en annexe doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 10

Cotisations

1. Taux de cotisations et répartition

Régime de base :

Le taux d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies en annexe est de :

- 2,20 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le régime familial ;
- 1,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le régime individuel,

tels que définis à l'article 2 ci-dessus.

Ces cotisations sont réparties à raison de 35 % à la charge de l'employeur et 65 % à la charge du salarié, étant précisé que la participation de l'employeur ne peut excéder 25 €.

Soit :

- pour le régime familial : 0,77 % du PMSS à la charge de l'employeur et 1,43 % du PMSS à la charge du salarié ;
- pour le régime individuel : 0,37 % du PMSS à la charge de l'employeur et 0,69 % du PMSS à la charge du salarié.

L'affiliation des ayants droit du salarié bénéficiaire du régime individuel entraîne le versement d'une cotisation égale à 1,64 % du PMSS, intégralement à la charge du salarié.

Régime optionnel supplémentaire :

L'adhésion facultative au régime optionnel supplémentaire entraîne une cotisation complémentaire, à la charge du salarié, de :

- 0,39 % du PMSS pour une couverture supplémentaire au régime familial obligatoire ;
- 0,20 % du PMSS pour une couverture supplémentaire au régime individuel obligatoire ;
- 0,33 % du PMSS pour une couverture supplémentaire des ayants droit d'un assuré régime individuel obligatoire.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

Les cotisations pour affiliation volontaire des ayants droit et les cotisations au régime optionnel supplémentaire ayant un caractère facultatif ne bénéficient pas du régime social et fiscal attaché par la loi aux régimes obligatoires.

2. Collecte

La collecte des cotisations du régime obligatoire est confiée par l'organisme désigné aux caisses de MSA compétentes sur le territoire concerné selon les termes d'une convention conclue entre eux.

3. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil pour maladie, accident ou maternité, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération des cotisations qui sont prises en charge par le régime. Les régimes optionnels (couverture familiale pour le régime individuel et régime supplémentaire) restent maintenus sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental d'éducation, congé sans solde, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, directement auprès de l'organisme assureur.

Article 11

Adhésions individuelles volontaires

Travailleurs saisonniers et salariés
n'ayant pas l'ancienneté requise

Les travailleurs saisonniers ou les salariés des entreprises relevant du présent accord qui n'ont pas l'ancienneté requise pour être affiliés à titre obligatoire au régime peuvent y adhérer volontairement, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit.

Ils s'acquittent de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

La cotisation est fixée à 1,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour une adhésion individuelle et majorée d'une cotisation de 1,64 % du PMSS pour l'extension aux ayants droit de l'assuré.

Anciens salariés

Un régime d'accueil facultatif est proposé aux salariés qui ont quitté l'entreprise et à leurs ayants droit. Il offre des prestations identiques au régime obligatoire des salariés et concerne :

1. Les bénéficiaires d'une rente d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, les salariés quittant l'entreprise à la suite d'un licenciement ou d'une rupture conventionnelle et inscrits au Pôle emploi ainsi que les ayants droit d'un salarié décédé pour une durée maximum de 12 mois.

Les cotisations sont fixées à :

- 2,53 % du PMSS pour le régime familial ;
- 1,22 % du PMSS pour le régime individuel ;
- 1,88 % du PMSS pour l'extension aux ayants droit d'un assuré au régime individuel.

Les retraités ou préretraités et leurs ayants droit, pour des cotisations fixées à :

- 3,30 % du PMSS pour le régime familial ;
- 1,59 % du PMSS pour le régime individuel ;
- 2,46 % du PMSS pour l'extension aux ayants droit d'un assuré au régime individuel.

La demande doit être faite auprès de l'organisme d'assurance dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès.

Mutualisation

Le régime des assurés à titre volontaire (travailleurs saisonniers, salariés n'ayant pas l'ancienneté requise et anciens salariés) est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Article 12

Clause de réexamen

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur.

Au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les partenaires sociaux signataires en réviseront notamment les conditions de garanties et de financement, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 13

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion signé entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, qui définit les modalités de fonctionnement du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront une fois par an au moins avec les représentants de l'organisme désigné afin, notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 14

Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du terme du préavis.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 3 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

Tableau des garanties du régime obligatoire

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne « participation mutuelle ».

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire (tarif de convention ou tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Honoraires médicaux Consultations généralistes Consultations spécialistes Consultations professeurs en médecine ou neuropsychiatres Visites généralistes Visites spécialistes Visites professeurs en médecine ou neuropsychiatres Actes de spécialité Actes d'imagerie médicale, dont ostéodensitométrie Actes de sages-femmes Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % –	220 % 220 % 220 % 220 % 220 % 220 % 220 % 220 % 220 % 220 % 100 %	290 % 290 % 290 % 290 % 290 % 290 % 290 % 290 % 290 % 290 % 100 %

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Auxiliaires médicaux			
Infirmiers	60 %	230 %	290 %
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	230 %	290 %
Orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	230 %	290 %
Soins à l'étranger			
Soins à l'étranger	65 %	35 %	100 %
Appareillage			
Dispositifs médicaux et appareillage	65 %	35 %	100 %
Audioprothèse	65 %	135 %	200 %
Forfait par audioprothèse (par année civile)	-	300 €	300 €
Analyses et examens biologiques			
Examen de laboratoire	60 %	230 %	290 %
Prélèvement réalisé par un praticien non médecin	60 %	230 %	290 %
Pharmacie			
Produit à vignette blanche	65 %	35 %	100 %
Produit à vignette bleue	35 %	65 %	100 %
Optique			
Fourniture d'optique médicale	65 %	390 %	455 %
Forfait lunettes et lentilles acceptées (par année civile)	-	200 €	200 €
Forfait lentilles refusées non jetables (par année civile)	-	100 €	100 €

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Cure Honoraires de surveillance, actes complémentaires Frais de traitement thermal	70 % 65 %	30 % 35 %	100 % 100 %
Transport	65 %	35 %	100 %
Hospitalisation chirurgicale Honoraires médecins Forfait journalier hospitalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % - 80 % - -	170 % Oui 20 % 25 € par jour 100 %	250 Oui 100 % 25 € par jour 100 %
Hospitalisation médicale Honoraires médecins Forfait journalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % - 80 % - -	170 % Oui 20 % 25 € par jour 100 %	250 % Oui 100 % 25 € par jour 100 %
Hospitalisation médicale en secteur psychiatrique Honoraires médecins Forfait journalier psychiatrique (limité à 60 jours par an)*	-	170 % Oui	250 % Oui

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Chambre particulière en secteur psy (limité à 60 jours par an) (*) Valeur selon décret ministériel Dans la limite de 1/3 du PMSS par an pour l'hospitalisation en secteur psychiatrique Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	- -	25 € par jour 100 %	25 € par jour 100 %
Maternité Honoraires Participation pour frais dus à un accouchement ou une adoption	100 % -	- 1/3 PMSS	100 % 1/3 PMSS
Dentaire Consultations, soins, actes d'imagerie médicale Inlay core SPR 57 et SPR 67 (avec clavette) Orthopédie dento-faciale acceptée régime obligatoire Orthopédie dento-faciale refusée régime obligatoire Prothèses remboursables par le régime obligatoire (*) Forfait prothèses remboursables par le régime obligatoire (**) Prothèses non remboursables par le régime obligatoire d'attribution. (*) Insrites à la nomenclature et conformément aux conditions d'attribution. (**) Après avis de notre dentiste conseiller, conformément aux données acquises de la science et à la liste des prothèses prises en charge par la mutuelle.	70 % 70 % 100 % - 70 % - -	130 % 130 % 100 % 200 € par an 140 % 300 € par an 200 € par an	200 % 200 % 200 % 200 € par an 210 % 300 € par an 200 € par an
Prévention Préserver votre capital santé Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats remboursables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale Vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire Dépistage de l'hépatite B	65 % 60 %	35 % 40 %	100 % 100 %

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Déjartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans)	70 % 70 %	30 % 30 %	100 % 100 %
PREVADIES santé services (1) Assistance santé (voir notice d'information) Assistance frais médicaux à l'étranger (voir notice d'information)	- -	Oui Oui	Oui Oui
<p>Participation :</p> <p>La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire pour tout acte ou consultation, réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale (fixée à 1 € au 1^{er} janvier 2005) vient en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>De par la réglementation, elle n'est pas remboursable par la mutuelle au titre de la présente garantie et reste à charge de l'adhérent.</p> <p>Prestations hors parcours de soins coordonnés :</p> <p>Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre médecin traitant, à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné.</p> <p>C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie. Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation n'est pas prise en charge.</p> <p>Cependant en cas d'hospitalisation, ce remboursement peut être partiel, la loi obligeant à laisser un reste à charge à l'assuré, et toujours dans la limite de la garantie.</p> <p>(1) Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance France SAS, société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 €, RCS Paris 490 381 753, siège social, 54, rue de Londres, 75008 Paris, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 026 669, agissant au nom et pour le compte de : Fragonard Assurances, société anonyme au capital de 37 207 660 €, RCS Paris 479 065 351, entreprise régie par la code des assurances, siège social, 2, rue Fragonard, 75017 Paris.</p>			

209

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Honoraires médicaux			
Consultations généralistes	70 %	Frais réels	Frais réels
Consultations spécialistes	70 %	Frais réels	Frais réels
Consultations professeurs en médecine ou neuropsychiatres	70 %	Frais réels	Frais réels
Visites généralistes	70 %	Frais réels	Frais réels
Visites spécialistes	70 %	Frais réels	Frais réels
Visites professeurs en médecine ou neuropsychiatres	70 %	Frais réels	Frais réels
Actes de spécialité	70 %	Frais réels	Frais réels
Actes d'imagerie médicale, dont ostéodensitométrie	70 %	Frais réels	Frais réels
Actes de sages-femmes	70 %	Frais réels	Frais réels
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	-	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux			
Infirmiers	60 %	Frais réels	Frais réels
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	Frais réels	Frais réels
Orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	Frais réels	Frais réels

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Soins à l'étranger			
Soins à l'étranger	5 %	35 %	100 %
Appareillage			
Dispositifs médicaux et appareillage	65 %	100 %	165 %
Audioprothèse	65 %	135 %	200 %
Forfait par audioprothèse (par année civile)	–	650 %	650 %
Analyses et examens biologiques			
Examen de laboratoire	60 %	Frais réels	Frais réels
Prélèvement réalisé par un praticien non médecin	60 %	Frais réels	Frais réels
Pharmacie			
Produit à vignette blanche	65 %	35 %	100 %
Produit à vignette bleue	35 %	65 %	100 %
Optique			
Fourniture d'optique médicale	65 %	390 %	455 %
Forfait lunettes et lentilles acceptées (par année civile)	–	200 €	200 €
Forfait lentilles refusées non jetables (par année civile)	–	300 €	300 €
Complément sur forfait verres simples (par année civile)	–	100 €	100 €
Complément sur forfait verres complexes (par année civile)	–	300 €	300 €
Cure			
Honoraires de surveillance, actes complémentaires	70 %	Frais réels	Frais réels
Frais de traitement thermal	65 %	35 %	100 %
Forfait cure remboursée régime obligatoire	–	200 € par an	200 € par an

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Transport	65 %	Frais réels	Frais réels
Hospitalisation chirurgicale Honoraires médecins Forfait journalier hospitalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière (limité à 60 jours par an) Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans (60 jours par an) (*) Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % - 80 % - - -	Frais réels Oui 20 % Frais réels 40 € par jour 100 %	Frais réels Oui 100 % Frais réels 40 € par jour 100 %
Hospitalisation médicale Honoraires médecins Forfait journalier (illimité) (*) Frais de séjour Chambre particulière Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 12 ans (60 jours par an) *Valeur selon décret ministériel Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	80 % - 80 % - -	Frais réels Oui 20 % Frais réels 40 € par jour 100 %	Frais réels Oui 100 % Frais réels 40 € par jour 100 %
Hospitalisation médicale en secteur psychiatrique Honoraires médecins Forfait journalier psychiatrique (limité à 60 jours par an) (*) Chambre particulière en secteur psy (limité à 60 jours par an) (*) Valeur selon décret ministériel Dans la limite de 1/3 du PMSS par an pour l'hospitalisation en secteur psychiatrique	- -	Frais réels Oui Frais réels	Frais réels Oui Frais réels

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	-	100 %	100 %
Maternité Honoraires Participation pour frais dus à un accouchement ou une adoption	100 % -	- 1/3 PMSS	100 % 1/3 PMSS
Dentaire Consultations, soins, actes d'imagerie médicale Inlay core SPR 57 et SPR 67 (avec clavette) Orthopédie dento-faciale acceptée régime obligatoire Orthopédie dento-faciale refusée régime obligatoire Prothèses remboursables par le régime obligatoire (*) Forfait prothèses remboursables par le régime obligatoire (**) Prothèses non remboursables par le régime obligatoire aux conditions d'attribution (*) Inscrites à la nomenclature et conformément aux données acquises de la science (**) Après avis de notre dentiste conseiller, conformément aux données acquises de la science et à la liste des prothèses prises en charge par la mutuelle	70 % 70 % 100 % - 70 % - -	Frais réels 130 % 200 % 400 € par an 140 % 300 € par an 400 € par an	Frais réels 200 % 300 % 400 € par an 210 % 300 € par an 400 € par an
Prévention Préserver votre capital santé Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale Vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire Dépistage de l'hépatite B Détartrage annuel complet	65 % 60 % 70 %	35 % 40 % 30 %	100 % 100 % 100 %

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION mutuelle	REMBOURSEMENT total
Scellement des sillons (avant 14 ans)	70 %	30 %	100 %
<p align="center">PREVADIES santé services (1)</p> <p>Assistance santé (voir notice d'information)</p> <p>Assistance frais médicaux à l'étranger (voir notice d'information)</p>	<p align="center">-</p> <p align="center">-</p>	<p align="center">Oui</p> <p align="center">Oui</p>	<p align="center">Oui</p> <p align="center">Oui</p>
<p>Participation :</p> <p>La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire pour tout acte ou consultation, réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale (fixée à 1 € au 1^{er} janvier 2005) vient en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>De par la réglementation, elle n'est pas remboursable par la mutuelle au titre de la présente garantie et reste à charge de l'adhérent.</p> <p>Prestations hors parcours de soins coordonnés.</p> <p>Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre médecin traitant, à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné.</p> <p>C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie. Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation n'est pas prise en charge.</p> <p>Cependant en cas d'hospitalisation, ce remboursement peut être partiel, la loi obligeant à laisser un reste à charge à l'assuré, et toujours dans la limite de la garantie.</p> <p>(1) Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial Assistance Frange SAS, société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 €, RCS Paris 490 381 753, siège social, 54, rue de Londres, 75008 Paris, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 026 669, agissant au nom et pour le compte de : Fragonard Assurances, société anonyme au capital de 37 207 660 €, RCS Paris 479 065 351, entreprise régie par la code des assurances, siège social, 2, rue Fragonard, 75017 Paris.</p>			