

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(HÉRAULT)**

ACCORD DU 9 JUILLET 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1097001M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Hérault ;

Le groupement des employeurs de main-d'œuvre agricole de l'Hérault,

D'une part, et

Le syndicat SGA CFDT de l'Hérault ;

Le syndicat FGTA CGT-FO de l'Hérault ;

Le syndicat départemental des ouvriers agricoles de la CGT ;

Le syndicat CFTC-Agri du golfe du Lion ;

Le SNCEA CFE-CGC section de l'Hérault,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Hérault ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire santé comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin notamment de :

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles de l'Hérault du 28 février 1952.

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent régime, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres, y compris les apprentis, des exploitations viticoles, des exploitations productrices de raisins de table, des exploitations arboricoles, des exploitations de polyculture, des exploitations d'élevage, des exploitations de maraîchage, des exploitations horticoles et des pépinières et des CUMA ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles 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 dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées, dans la mesure où ils sont affiliés à la caisse de MSA dont relève cet accord.

Article 1.2

Champ d'application territorial

La présente convention a pour objet de déterminer les conditions de couverture santé dans des entreprises visées à l'article 1.1 sises dans le département de l'Hérault.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord s'appliquera pour les entreprises non adhérentes le premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension de l'accord si celle-ci devait intervenir après le 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué 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.

Par ailleurs, le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre justifiant d'au moins 1 an d'ancienneté au titre du contrat de travail en cours 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 acquiert l'ancienneté requise.

Possibilité de transfert

Les salariés ayant acquis préalablement à leur embauche le bénéfice du présent accord, à titre collectif en raison d'une ancienneté supérieure à 1 an, peuvent demander à bénéficier de la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord, étant précisé qu'ils sont réputés remplir les conditions de couverture. Cette possibilité est ouverte dans la mesure où un délai de 3 mois maximum s'est écoulé entre la fin du précédent contrat de travail avec une entreprise relevant du présent accord et la date de leur embauche.

Les salariés souhaitant bénéficier de cette disposition doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Tous les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 1 an auront la faculté d'adhérer de manière volontaire au régime d'assurance décrit à l'article 4. Dans ce cas, les cotisations seront intégralement à sa charge.

Cas d'exclusion

En sont exclus :

- les cadres et personnels ressortissant à la convention collective nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention précitée ;
- les catégories particulières de salariés (VRP, par exemple) ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 6 du présent accord.

Dispense d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, les salariés bénéficiant déjà, en qualité d'ayants droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalent ;
- salariés sous contrat à durée déterminée ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'une autre branche ;
- salariés ayant une faible rémunération : salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) n'ayant qu'un seul employeur ou apprentis pour lesquels le montant de la cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération. Il est précisé dans ce cas que le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due. En cas d'augmentation de la rémunération de l'apprenti ou du salarié à temps

partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé ;

- salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire auprès de son employeur chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent 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, en joignant 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.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que soit proposée à titre facultatif aux salariés :

- la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de la famille des salariés : extension au conjoint, extension à un enfant, extension à deux enfants, extension à l'ensemble de la famille (conjoint et enfants) ;
- la possibilité d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire par le biais d'une cotisation supplémentaire.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à l'une ou l'autre de ces options demeure entièrement à la charge du salarié.

Ces deux options (extension de garanties à la famille et amélioration des garanties) sont présentées en annexe II du présent accord.

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 attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I « Tableau des garanties »).

Ainsi le présent régime ne rembourse 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 articles 2 et 3 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 des contrats dits responsables.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits responsables, institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et définitif en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions.

La totalité des actes de prévention est prise en charge à 100 % du ticket modérateur.

Article 5

Adhésion obligatoire

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 7, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Article 6

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4 doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Pour déterminer si le régime complémentaire de l'entreprise est supérieur à celui mis en place par le présent accord, les critères à retenir sont ceux définis dans l'accord national du 10 juin 2008 (avenant n° 1 du 6 janvier 2009).

Article 7

Gestion du régime

Pour assurer le régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent d'effectuer une double désignation d'institutions de prévoyance en coassurance.

Sont codésignés, les organismes Agri-Prévoyance, 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, membre du groupe AGRICA, et ANIPS, 4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex, en coassurance à hauteur respectivement de 60 % et 40 %.

ANIPS est désigné comme étant l'apériteur du régime.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 8

Cotisations

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord.

Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Article 8.1

Taux de cotisations et répartition

La cotisation mensuelle du présent régime est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 0,98 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire. Ce taux est réparti comme suit :

- 30 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 9,30 € par mois ;
- le solde, soit 70 %, à la charge du salarié.

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

Les taux de cotisations des options facultatives auxquelles peuvent souscrire les salariés sont détaillés en annexe II.

Article 8.2

Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de l'ensemble des cotisations sont confiés par l'organisme désigné à la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) compétente sur le territoire.

Ainsi, pour les salariés affiliés obligatoirement, la MSA répercutera cet appel de cotisations auprès des employeurs. Pour les salariés affiliés sur option facultative, les ayants droit de tous les salariés et pour les salariés pouvant bénéficier du régime après rupture de leur contrat de travail, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés aux organismes assureurs.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 9

Règlement des prestations

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 10

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'institution de prévoyance, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, l'institution de prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Article 11

Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié continuent à être versées normalement pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

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, et pour une autre cause que l'arrêt de travail, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Article 12

Clause de réexamen. – Dénonciation

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, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

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.

En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

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 distinct qui définit, entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs une fois par an au moins, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collèges (employeurs ou salariés), 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 sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Montpellier, le 9 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties

(En pourcentage de la base de remboursement.)

TYPE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime conventionnel de l'Hérault	TOTAL REMBOURSEMENT
Frais médicaux			
Consultation de médecin	70 %	60 %	130 %
Consultation spécialiste	70 %	100 %	170 %
Auxiliaire médical, soins infirmiers	60 %	40 %	100 %
Massages, pédicures, orthophoniste, orthoptiste, sage-femme	60 %	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	70 %	30 %	100 %
Radiographie, électroradiographie	60 % à 70 %	30 % à 40 %	100 %
Actes de prévention responsable			
Pharmacie			
Médicaments remboursables	65 % à 15 %	35 % à 85 %	100 %
Optique			
Montures, verres et lentilles	65 %	390 % du TC + crédit de 7 % du PMSS (lentilles acceptées ou refusées)	455 % + crédit de 7 % du PMSS (lentilles acceptées ou refusées)

TYPE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime conventionnel de l'Hérault	TOTAL REMBOURSEMENT
Dentaire Soins Prothèses dentaires acceptées (et inlays core) Orthodontie acceptée	70 % 70 % 100 %	30 % 330 % + crédit de 4 % du PMSS par an 150 %	100 % 400 % + crédit 4 % du PMSS par an 250 %
Appareillage Prothèse auditive acceptée Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	65 % 65 %	390 % + 350 € par an par bénéficiaire 35 %	455 % + 350 € par an par bénéficiaire 100 %
Forfait actes lourds (18 €)	-	100 %	100 %
Hospitalisation (y compris psychiatrie) Frais de soins et de séjour (conventionné ou non) Dépassements d'honoraires Frais d'accompagnement (lit + repas) Forfait hospitalier Chambre particulière	100 % - - -	- 220 % 30 € par jour 100 % 52 € par jour	100 % 220 % 30 € par jour 100 % 52 € par jour

TYPE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime conventionnel de l'Hérault	TOTAL REMBOURSEMENT
Maternité Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires	100 % –	– Crédit 1/3 du PMSS	100 % Crédit 1/3 du PMSS
Divers Cures thermales Transports	65 % 65 %	35 % 35 %	100 % 100 %
<p>BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. TC : tarif conventionné. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) aux régimes d'assurance maladie obligatoire français. Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels. Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement. Le remboursement régime conventionnel s'entend part régime obligatoire non comprise.</p>			

Les offres à adhésion individuelle et facultative

1. L'extension familiale (conjoint et/ou enfants)

Alors que le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié, les partenaires sociaux ont souhaité donner à celui-ci la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du régime obligatoire à tout ou partie de sa famille, de façon à prendre en compte la diversité des situations individuelles.

Ainsi, en plus de sa couverture obligatoire, le salarié peut choisir :

- d'affilier son conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin seul ; il cotise au taux dit « couple » ;
- d'affilier un enfant à charge ; il cotise au taux dit « enfant » ;
- d'affilier sa famille, conjoint et enfants ; il cotise au taux dit « famille ».

1.1. Définition des ayants droit pouvant entrer dans le cadre de l'extension familiale

Pour le bénéfice du présent régime, sont considérés comme :

- conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- cocontractant d'un Pacs : est assimilée au conjoint la personne qui a conclu un pacte civil de solidarité avec le participant ;
- concubin : est assimilé au conjoint le concubin du participant justifiant de 2 années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union), sous réserve que le salarié soit libre, au regard de l'état civil, de tout lien de mariage ou de Pacs.

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16^e anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin du salarié aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

1.2. Montant des cotisations

Tarif couple : 1,98 % du PMSS, soit une surcotisation de 1 % à la charge exclusive du salarié.

Tarif isolé + 1 enfant : 1,71 % du PMSS, soit une surcotisation de 0,73 % à la charge exclusive du salarié.

Tarif famille : 2,52 % du PMSS, soit une surcotisation de 1,54 % à la charge exclusive du salarié.

2. Les garanties complémentaires facultatives

Les partenaires sociaux ont souhaité que les salariés puissent avoir la possibilité d'améliorer le niveau de prestations prévu dans le régime conventionnel obligatoire. Le salarié peut souscrire à l'option individuelle facultative pour lui-même et le ou les membres de sa famille bénéficiaires du présent régime.

Dès lors, une cotisation individuelle est due pour chaque personne assurée dont le montant varie selon que la personne assurée est un adulte ou un enfant, étant entendu que l'option pour les garanties complémentaires doit être faite pour le salarié et l'ensemble des ayants droit qui sont couverts dans le cadre de l'extension familiale présentée au point 1 de la présente annexe.

Dans le cadre de cette couverture complémentaire, facultative, les garanties sont les suivantes :

(Voir tableau pages suivantes.)

(En pourcentage de la base de remboursement.)

TYPE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime optionnel	TOTAL REMBOURSEMENT
Frais médicaux Consultation de médecin Consultation spécialiste Auxiliaire médical, soins infirmiers Massages, pédicures, orthophoniste, orthoptiste, sage-femme Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiographie Actes de prévention responsable	70 % 70 % 60 % 60 % 60 % 70 % 60 % à 70 %	60 % 100 % 40 % 40 % 40 % 30 % 30 % à 40 %	130 % 170 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %
Pharmacie Médicaments remboursables	65 % à 15 %	35 % à 85 %	100 %
Optique Montures, verres et lentilles	65 %	390 % du TC + crédit de 7 % du PMSS (lentilles acceptées ou refusées)	455 % + crédit de 7 % du PMSS (lentilles acceptées ou refusées)

TYPE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime optionnel	TOTAL REMBOURSEMENT
Dentaire Soins Prothèses dentaires acceptées (et inlays core) Implantologie Orthodontie acceptée	70 % 70 % 100 %	30 % 330 % + crédit de 300 € par an 250 %	100 % 400 % + crédit de 300 € par an 200 € par an 350 %
Appareillage Prothèse auditive acceptée Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	65 % 65 %	390 % + 350 € par an par bénéficiaire 35 %	455 % + 350 € par an par bénéficiaire 100 %
Forfait actes lourds (18 €)	–	100 %	100 %
Hospitalisation (y compris psychiatrie) Frais de soins et de séjour (conventionné ou non) Dépassements d'honoraires Frais d'accompagnement (lit + repas) Forfait hospitalier Chambre particulière	100 % – – – –	– 220 % 52 € par jour 100 % 52 € par jour	100 % 220 % 52 € par jour 100 % 52 € par jour

TYPE DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime optionnel	TOTAL REMBOURSEMENT
Maternité Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires	100 % –	– Crédit 1/3 du PMSS	100 % Crédit 1/3 du PMSS
Divers Cures thermales Transports	65 % 65 %	35 % 35 %	100 % 100 %

Les cotisations supplémentaires, entièrement à la charge du salarié, sont les suivantes :

- 0,10 % pour un adulte (salarié ou conjoint, concubin ou cocontractant d'un Pacs) ;
- 0,07 % pour un enfant.