

Brochure n° 3085

Convention collective nationale

**IDCC : 16. – TRANSPORTS ROUTIERS
ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT**

ACCORD DU 10 JUILLET 2012

RELATIF À LA PROTECTION SANTÉ

NOR : ASET1251123M

IDCC : 16

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux du transport de déménagement travaillent à la valorisation de leurs métiers et au développement de la protection sociale des salariés des entreprises de ce secteur d'activité depuis de nombreuses années.

Dans cette démarche, ils font régulièrement la démonstration de la capacité d'adaptation des entreprises et des salariés aux importantes évolutions des activités et des métiers du secteur et affichent fermement leur profond attachement à la préservation de leurs spécificités.

Après avoir marqué leur volonté de sécurisation du parcours professionnel des salariés du transport de déménagement, notamment par la mise en œuvre de mesures relatives à la prévention et à la réduction de la pénibilité dans lesdites entreprises, les partenaires sociaux estiment socialement indispensable, en complément des dispositifs existant dans le champ conventionnel, d'assurer à chaque salarié de ces entreprises un socle minimal de protection santé sous la forme de prestations complémentaires à celles de la sécurité sociale, objet du présent accord.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, les dispositions du présent accord s'inscrivent dans le cadre des « contrats responsables ».

La création d'une couverture sociale de cette nature, au niveau de la branche, ne saurait remettre en cause les contrats « complémentaire santé » préexistants dans les entreprises ayant anticipé cette démarche d'avancée sociale et respectant les dispositions du présent accord.

Les partenaires sociaux rappellent que la mutualisation d'un tel régime est une condition essentielle de l'homogénéité des prestations qu'il garantit (nature et niveau) et un facteur d'optimisation de la maîtrise des engagements financiers qu'il implique.

Au regard de la réalité structurelle des entreprises du secteur – le tissu des entreprises du transport de déménagement est, en effet, majoritairement constitué de petites entreprises –, le présent accord est porteur d'une clause de désignation de l'organisme assureur afin d'élargir la couverture de la mutualisation.

Article 1^{er}
Champ d'application

a) Entreprises

Le présent accord est applicable aux entreprises de transport de déménagement (code NAF, rév. 1 : 60.2N ; code NAF, rév. 2 : 49.42Z) ainsi qu'à celles visées par l'accord relatif aux conditions spécifiques d'emploi des personnels des entreprises de transport de déménagement du 3 juin 1997.

b) Salariés bénéficiaires

Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble des salariés (ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) des entreprises susvisées dès lors qu'ils justifient d'une ancienneté dans l'entreprise d'au moins 6 mois.

Conformément aux dispositions du décret n° 2012-025 du 9 janvier 2012, peuvent être dispensés d'adhésion :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'échéance du contrat ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si celle-ci est postérieure jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (arrêté relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises).

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir les justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

c) Ayants droit

Les salariés visés au point *b* de l'article 1^{er} du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 2 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint couvert ou non par la sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié.

Est assimilé au conjoint :

- le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la sécurité sociale faisant foi) ;
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le(s) enfant(s) de moins de 21 ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26^e anniversaire :

- pour les enfants affiliés à la sécurité sociale des étudiants ;

- pour les enfants demandeurs d’emploi inscrits à Pôle emploi ;
- pour les enfants en contrat d’apprentissage.

Par exception, aucune limite d’âge n’est fixée pour les enfants titulaires de la carte d’invalidité prévue à l’article L. 241-3 du code de l’action sociale et des familles.

Article 2

Garanties du régime

Les prestations (nature et niveau) de la « complémentaire santé » mise en place par le présent accord figurent en annexe.

Il est convenu entre les partenaires sociaux de retenir trois régimes de prestations :

- régime de base (annexe I) ;
- régime amélioré 1 (annexe II) ;
- régime amélioré 2 (annexe III).

Le choix du régime appartient à l’entreprise, dans le respect des dispositions de l’article 3 du présent accord.

Lorsque l’entreprise choisit le régime de base, chaque salarié peut souscrire, pour lui-même et/ou pour ses ayants droit, à une gamme de garanties complémentaires facultatives parmi deux options proposées. L’adhésion, par le choix du salarié, à ces garanties complémentaires est facultative. Son coût, en l’absence de disposition spécifique en entreprise, repose intégralement sur le salarié.

Par ailleurs, le régime « complémentaire santé » respectant les conditions du contrat responsable, la couverture exclut la prise en charge :

- des dépassements d’honoraires autorisés, à l’exception de ceux visés par l’article R. 871-2 du code de sécurité sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins ;
- de la participation forfaitaire pesant sur l’assuré pour les actes et consultations visés à l’article L. 322-2 (II) du code de la sécurité sociale ;
- des franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires relevant de l’article L. 322-2 (III) du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l’article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Pour les salariés relevant du régime local d’assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale – comprenant le régime de base de la sécurité sociale et le régime conventionnel obligatoire choisi – qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

L’organisme assureur procède aux versements des prestations :

- au vu des décomptes originaux des prestations en nature ;
- grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d’assurance maladie ;
- sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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

Article 3

Identification de l’organisme assureur

Le choix de l’organisme assureur est laissé à la libre appréciation de chaque entreprise, après avis du comité d’entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel lorsqu’ils existent, tant lors de la mise en place du régime qu’aux différentes échéances du renouvellement du contrat.

A défaut de choix par l'entreprise d'un organisme assureur à la date d'entrée en application du présent accord visée dans son article 9, il lui appartient de contracter pour une durée minimale de 3 ans auprès de l'organisme désigné comme assureur du régime complémentaire santé dans ce contexte, à savoir, pour les années 2013, 2014 et 2015 : CARCEPT-Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 174, rue de Charonne, 75128 Paris Cedex 11.

Dans l'hypothèse visée au paragraphe ci-dessus, quel que soit le régime complémentaire santé retenu, les prestations dont il est porteur sont complétées par les services et garanties présentés en annexe IV.

La gestion du régime « complémentaire santé » mis en place par le présent accord peut être assurée par un organisme gestionnaire ayant conclu un protocole de gestion avec l'organisme assureur.

Le choix de l'organisme assureur désigné sera réexaminé par la commission paritaire nationale en charge de la négociation, dans les 6 mois qui précèdent l'expiration de la période de 3 ans rappelée ci-dessus, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

L'entreprise pourra alors choisir soit de contracter avec l'organisme assureur désigné, soit d'opter pour un autre organisme assureur.

En cas de changement d'organisme assureur, ce changement doit se faire sans rupture temporelle de la couverture des salariés au titre de la « complémentaire santé ».

Article 4

Obligation de l'organisme assureur

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur :

- l'entreprise employeur est tenue de remettre à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime de protection santé ainsi qu'à tout nouvel embauché une notice d'information sur ledit régime ; cette notice est établie sous la responsabilité de l'organisme assureur ;
- l'organisme assureur est tenu de :
 - garantir la prise en charge de la suite des états pathologiques antérieurs à l'entrée en application du présent accord ;
 - communiquer annuellement à chaque entreprise adhérente les frais de gestion et d'acquisition conformément aux dispositions de l'arrêté du 17 avril 2012 (arrêté précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident).

En outre, sous réserve de l'évolution de la réglementation sociale et fiscale et des niveaux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, il est demandé à l'organisme assureur identifié en application de l'article 3 du présent accord de garantir pour 3 ans aux entreprises et aux salariés une stabilité tarifaire sur le régime de base (hors options souscrites à titre individuel), quelles que soient les modalités de mise en œuvre retenues par l'organisme assureur.

Article 5

Financement

Les entreprises sont considérées comme remplissant les obligations du présent accord lorsqu'elles consacrent leur financement au titre du dispositif d'une complémentaire santé auquel elles ont souscrit.

L'entreprise est tenue de consacrer au financement du dispositif figurant en annexe au présent accord un montant minimal équivalent à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié et par mois.

Pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle, le montant minimal est de 0,3 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié et par mois.

La cotisation totale (part patronale et part salariale) au régime est :

- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime général : *a minima* de 1 % du PMSS par salarié et par mois ;
- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle : *a minima* de 0,6 % du PMSS par salarié et par mois.

La cotisation est due, pour chaque salarié bénéficiaire, au terme du sixième mois civil entier suivant l'embauche. En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, démission ou rupture conventionnelle) au cours du mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due.

Article 6

Cessation des garanties et cas de maintien des droits

En dehors de l'hypothèse visée à l'article 10 du présent accord, l'adhésion prend fin en cas de décès ou de rupture du contrat du salarié (départ en retraite sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié, pour la durée du dernier contrat de travail en vigueur dans l'entreprise, appréciée en mois entier dans la limite de 9 mois, avec effet au premier jour du mois qui suit la rupture du contrat de travail.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires de la portabilité :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle ;
- dès qu'ils ne peuvent plus justifier du statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- au plus tard au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article 14 de l'ANI ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse ;
- en cas de décès.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelque cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prorogée d'autant ;

- les bénéficiaires du mécanisme de maintien des couvertures santé de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de maintien des droits, à défaut de mécanisme de mutualisation, la cotisation salariale de financement du régime est à la charge de l'ancien salarié et prélevée selon les modalités prévues par le contrat signé entre l'entreprise et l'organisme assureur. En cas de changement d'organisme assureur pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les salariés bénéficiaires du dispositif

de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation (congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique...).

Article 7

Contrats « complémentaire santé » existants au 1^{er} janvier 2013

Les contrats « complémentaire santé » obligatoires existant dans les entreprises au 1^{er} janvier 2013 sont considérés respecter les dispositions du présent accord dès lors qu'ils assurent des prestations pour lesquelles la cotisation totale représente 1 % du PMSS (régime général) ou 0,6 % du PMSS (régime local Alsace-Moselle).

Sont également considérés respecter les dispositions du présent accord les contrats « complémentaire santé » obligatoires assurant les prestations figurant dans le tableau du régime de base, options comprises, présenté dans son annexe I ainsi que les services et garanties développés dans son annexe IV.

Article 8

Commission nationale de suivi de l'accord

Il est institué, dans le cadre de la commission paritaire nationale en charge de la négociation, une commission nationale de suivi de l'accord, composée des parties signataires ou adhérentes au présent accord, étant précisé que le nombre maximal de représentants des organisations syndicales de salariés participant à cette commission est limité à deux par organisation.

Cette commission nationale de suivi est chargée :

- de traiter des éventuelles difficultés d'interprétation et d'application de ses dispositions ;
- d'évaluer plus particulièrement les conditions et les difficultés liées à la transférabilité du droit à la « complémentaire santé » ;
- de suivre l'évolution de la situation financière des régimes mis en place par l'organisme assureur désigné, ainsi que les frais de gestion ;
- de suivre les évolutions réglementaires et sociales des dispositifs « complémentaires santé ».

La commission nationale de suivi de l'accord se réunira pour la première fois au plus tard avant la fin du premier semestre 2013.

Article 9

Entrée en application de l'accord

Le présent accord entre en application le 1^{er} janvier 2013.

Article 10

Dénonciation et modification

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 11

Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-2 et L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 10 juillet 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UFT ;

UNOSTRA.

Syndicats de salariés :

FGT CFTC ;

FGTE CFDT ;

FNCR ;

UNCP FO ;

SNATT CFE-CGC.

ANNEXE I

PRESTATIONS				
RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME conventionnel base	RÉGIME Option fac. 1	RÉGIME Option fac. 2
Soins courants				
Consultations, visites gé- néralistes	70 % BR	30 % BR	85 % BR	130 % BR
Consultations, visites spé- cialistes	70 % BR	30 % BR	85 % BR	130 % BR
Actes de chirurgie	70 % BR	30 % BR	85 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	40 % BR	130 % BR
Examens, analyses labora- toires	60 % BR	40 % BR	40 % BR	130 % BR
Radiologie	70 % BR	30 % BR	30 % BR	130 % BR
Transport	65 % BR	50 % BR	50 % BR	115 % BR
Pharmacie				
Pharmacie à 65 %	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Pharmacie à 30 %	30 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR
Hospitalisation				
Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	105 % BR	180 % BR
Chambre particulière		0,8 % du PMSS par jour	1,20 % du PMSS par jour	2 % du PMSS par jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		1 % du PMSS par jour	1,20 % du PMSS par jour	1,40 % du PMSS par jour
Honoraires, actes chirurgi- caux	80 % BR	20 % BR	105 % BR	180 % BR
Forfait journalier		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Forfait naissance ou adop- tion		–	6 % du PMSS	12 % du PMSS
Optique		Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles	Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles	Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles
Montures	60 % BR	4 % du PMSS soit 121,2 €	Total de 4,5 % du PMSS ou 136,4 €	Adulte : 5,5 % du PMSS ou 166,71 € Enfant : 5 % du PMSS ou 151,55 €

PRESTATIONS				
RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME conventionnel base	RÉGIME Option fac. 1	RÉGIME Option fac. 2
Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	60 % BR	4,2 % du PMSS ou 127,3 €	5,7 % du PMSS ou 172,77 €	Adulte : 260,67 € 2 verres ou 8,6 % du PMSS Enfant : 175,8 € 2 verres ou 5,8 % du PMSS
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatas cylindres > 4	60 % BR	5,3 % du PMSS ou 160,64 €	7,1 % du PMSS ou 215,2 €	Adulte : 400,09 € 2 verres ou 13,2 % du PMSS Enfant : 215,2 € 2 verres ou 7,1 % du PMSS
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale (sauf régime de base)	60 % BR	6 % du PMSS ou 181,9 € (lentilles acceptées SS uniquement)	7,5 % du PMSS ou 227,3 €	8,5 % du PMSS ou 257,64 €
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)		–	8 % du PMSS ou 242,48 €	10 % du PMSS ou 303,1 €
Dentaire				
Soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR	130 % BR
Prothèses remboursables	70 % BR	75 % BR	125 % BR	245 % BR
Prothèses non rembour- sables	–	–	100 % BRR	220 % BRR
Orthodontie remboursable	100 % BR	50 % BR	120 % BR	120 % BR
Orthodontie non rembour- sable	–	–	100 % BRR	100 % BRR
Implants (par an/béné- ficiaire)	–	–	–	7 % du PMSS ou 212,2 €
Divers				
Prothèses orthopédie	60 % BR	40 % BR	85 % BR	105 % BR
Appareil auditif	60 % BR	40 % BR	85 % BR	105 % BR
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale :				
Honoraires		–	100 % du TM	100 % du TM
Forfait transport et hébergement		–	7 % du PMSS	8 % du PMSS
Cure de thalassothé- rapie : tous les 2 ans, avec une durée minimale de 5 jours continus.				

PRESTATIONS				
RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME conventionnel base	RÉGIME Option fac. 1	RÉGIME Option fac. 2
Forfait global par bénéficiaire de :		450 €	600 €	700 €
Ostéopathie (forfait)		80 € par an et par bénéficiaire	130 € par an et par bénéficiaire	170 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant		Oui	Oui	Oui

PRESTATIONS				
RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME conventionnel base	RÉGIME Option fac. 1	RÉGIME Option fac. 2
Soins courants				
Consultations, visites généralistes	90 % BR	10 % BR	65 % BR	110 % BR
Consultations, visites spécialistes	90 % BR	10 % BR	65 % BR	110 % BR
Actes de chirurgie	90 % BR	10 % BR	65 % BR	110 % BR
Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR	10 % BR	110 % BR
Examens, analyses laboratoires	90 % BR	10 % BR	10 % BR	110 % BR
Radiologie	90 % BR	10 % BR	10 % BR	110 % BR
Transport	90 % BR	25 % BR	25 % BR	90 % BR
Pharmacie				
Pharmacie à 65 %	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR
Pharmacie à 30 %	80 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR
Hospitalisation				
Frais de séjour	90 % BR	10 % BR	95 % BR	170 % BR
Chambre particulière		0,8 % du PMSS par jour	1,20 % du PMSS par jour	2 % du PMSS par jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		1 % du PMSS par jour	1,20 % du PMSS par jour	1,40 % du PMSS par jour
Honoraires, actes chirurgicaux	90 % BR	10 % BR	95 % BR	170 % BR
Forfait journalier				
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Forfait naissance ou adoption		–	6 % du PMSS	12 % du PMSS

PRESTATIONS				
RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME conventionnel base	RÉGIME Option fac. 1	RÉGIME Option fac. 2
Optique		Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles	Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles	Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles
Montures	90 % BR	4 % du PMSS ou 121,2 €	Total de 4,5 % du PMSS ou 136,4 €	Adulte : 5,5 % du PMSS ou 166,71 € Enfant : 5 % du PMSS ou 151,55 €
Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	90 % BR	4,2 % du PMSS ou 127,3 €	5,7 % du PMSS ou 172,77 €	Adulte : 260,67 € 2 verres ou 8,6 % du PMSS Enfant : 175,8 € 2 verres ou 5,8 % du PMSS
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	90 % BR	5,3 % du PMSS ou 160,64 €	7,1 % du PMSS ou 215,2 €	Adulte : 400,09 € 2 verres ou 13,2 % du PMSS Enfant : 215,2 € 2 verres ou 7,1 % du PMSS
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale (sauf régime de base)	90 % BR	6 % du PMSS ou 181,9 € (lentilles acceptées SS uniquement)	7,5 % du PMSS ou 227,3 €	8,5 % du PMSS ou 257,64 €
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)			8 % du PMSS	10 % du PMSS
Dentaire				
Soins	90 % BR	10 % BR	80 % BR	110 % BR
Prothèses remboursables	90 % BR	55 % BR	105 % BR	225 % BR
Prothèses non rembour- sables	–	–	100 % BRR	220 % BRR
Orthodontie remboursable	100 % BR	50 % BR	120 % BR	120 % BR
Orthodontie non rem- boursable	–	–	100 % BRR	100 % BRR
Implants (par an et par bénéficiaire)	–	–	–	7 % du PMSS ou 212,2 €
Divers				
Prothèses orthopédie	90 % BR	10 % BR	55 % BR	75 % BR
Appareil auditif	90 % BR	10 % BR	55 % BR	75 % BR
Cure thermique acceptée sécurité sociale :				
Honoraires			100 % du TM	100 % du TM
Forfait transport et hébergement			7 % du PMSS	8 % du PMSS

PRESTATIONS				
RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME conventionnel base	RÉGIME Option fac. 1	RÉGIME Option fac. 2
Cure de thalasso- thérapie : tous les 2 ans, avec une durée minimale de 5 jours continus				
Forfait global par bénéficiaire de :		450 €	600 €	700 €
Ostéopathie (forfait)		80 € par an et par bénéficiaire	130 € par an et par bénéficiaire	170 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant		Oui	Oui	Oui
(*) Niveaux des remboursements de la sécurité sociale au 1 ^{er} janvier 2012. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € en 2012). BR : base de remboursement de la sécurité sociale. BRR : base de remboursement reconstituée.				

ANNEXE II

RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 1 amélioré
Soins courants		
Consultations, visites généralistes	70 % BR	95 % BR
Consultations, visites spécialistes	70 % BR	90 % BR
Actes de chirurgie	70 % BR	90 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR
Examens, analyses laboratoires	60 % BR	40 % BR
Radiologie	70 % BR	30 % BR
Transport	65 % BR	65 % BR
Pharmacie		
Pharmacie à 65 %	65 % BR	35 % BR
Pharmacie à 30 %	30 % BR	70 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	85 % BR
Hospitalisation		
Frais de séjour	80 % BR	110 % BR
Chambre particulière		1,5 % du PMSS par jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		1,5 % du PMSS par jour
Honoraires, actes chirurgicaux	80 % BR	110 % BR
Forfait journalier		100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge
Forfait naissance ou adoption		6 % du PMSS
Optique		Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles
Montures	60 % BR	Total de 5 % du PMSS ou 151,5 €
Verres unifocaux jusqu'à + ou – 6 dioptries	60 % BR	6,6 % du PMSS ou 200,05 €
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatas cylindres > 4	60 % BR	8 % du PMSS ou 242,48 €
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale	60 % BR	9 % du PMSS ou 272,8 €
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)		8 % du PMSS ou 242,48 €
Dentaire		
Soins	70 % BR	100 % BR
Prothèses remboursables	70 % BR	145 % BR
Prothèses non remboursables	–	100 % BRR

RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 1 amélioré
Orthodontie remboursable	100 % BR	120 % BR
Orthodontie non remboursable	–	100 % BRR
Implants (par an et par bénéficiaire)	–	–
Divers		
Prothèses orthopédie	60 % BR	95 % BR
Appareil auditif	60 % BR	90 % BR
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale :		
Honoraires		100 % du TM
Forfait transport et hébergement		7 % du PMSS
Cure de thalassothérapie : tous les 2 ans, avec une durée minimale de 5 jours continus		
Forfait global par bénéficiaire de :		650 €
Ostéopathie (forfait)		130 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant		Oui
(*) Niveaux des remboursements de la sécurité sociale au 1 ^{er} janvier 2012. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € en 2012). BR : base de remboursement de la sécurité sociale. BRR : base de remboursement reconstituée.		

RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 1 amélioré
Soins courants		
Consultations, visites généralistes	90 % BR	75 % BR
Consultations, visites spécialistes	90 % BR	70 % BR
Actes de chirurgie	90 % BR	70 % BR
Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR
Examens, analyses laboratoires	90 % BR	10 % BR
Radiologie	90 % BR	10 % BR
Transport	90 % BR	40 % BR
Pharmacie		
Pharmacie à 65 %	90 % BR	10 % BR
Pharmacie à 30 %	80 % BR	20 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	85 % BR
Hospitalisation		
Frais de séjour	90 % BR	100 % BR
Chambre particulière		1,5 % du PMSS par jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		1,5 % du PMSS par jour

RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 1 amélioré
Honoraires, actes chirurgicaux Forfait journalier Franchise de 18 € pour les actes > 120 € Forfait naissance ou adoption	90 % BR	100 % BR Prise en charge 6 % du PMSS
Optique		Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles
Montures	90 % BR	Total de 5 % du PMSS ou 151,5 €
Verres unifocaux jusqu'à + ou – 6 dioptries	90 % BR	6,6 % du PMSS ou 200,05 €
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatiques cylindres > 4	90 % BR	8 % du PMSS ou 242,48 €
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale	90 % BR	9 % du PMSS ou 272,8 €
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)		8 % du PMSS ou 242,48 €
Dentaire		
Soins	90 % BR	80 % BR
Prothèses remboursables	90 % BR	125 % BR
Prothèses non remboursables	–	100 % BRR
Orthodontie remboursable	100 % BR	120 % BR
Orthodontie non remboursable	–	100 % BRR
Implants (par an et par bénéficiaire)	–	–
Divers		
Prothèses orthopédie	90 % BR	65 % BR
Appareil auditif	90 % BR	60 % BR
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale :		
Honoraires		100 % du TM
Forfait transport et hébergement		7 % du PMSS
Cure de thalassothérapie : tous les 2 ans, avec une durée minimale de 5 jours continus.		
Forfait global par bénéficiaire de :		650 €
Ostéopathie (forfait)		130 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant		Oui
(*) Niveaux des remboursements de la sécurité sociale au 1 ^{er} janvier 2012. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € en 2012). BR : base de remboursement de la sécurité sociale. BRR : base de remboursement reconstituée.		

ANNEXE III

RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 2 amélioré
Soins courants		
Consultations, visites généralistes	70 % BR	150 % BR
Consultations, visites spécialistes	70 % BR	150 % BR
Actes de chirurgie	70 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	150 % BR
Examens, analyses laboratoires	60 % BR	150 % BR
Radiologie	70 % BR	150 % BR
Transport	65 % BR	125 % BR
Pharmacie		
Pharmacie à 65%	65 % BR	35 % BR
Pharmacie à 30%	30 % BR	70 % BR
Pharmacie à 15%	15 % BR	85 % BR
Hospitalisation		
Frais de séjour	80 % BR	200 % BR
Chambre particulière		2,5 % du PMSS par jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		2 % du PMSS par jour
Honoraires, actes chirurgicaux	80 % BR	200 % BR
Forfait journalier		100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge
Forfait naissance ou adoption		12 % du PMSS
Optique		Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles
Montures	60 % BR	Adulte : 6 % du PMSS ou 181,86 € Enfant : 5,3 % du PMSS ou 160,64 €
Verres unifocaux jusqu'à + ou – 6 dioptries		Adulte : 272,79 € 2 verres ou 9 % du PMSS Enfant : 181,86 € 2 verres ou 6 % du PMSS
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmates cylindres > 4	60 % BR	Adulte : 439,50 € 2 verres ou 14,5 % du PMSS Enfant : 227,33 € 2 verres ou 7,5 % du PMSS

RÉGIME GÉNÉRAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 2 amélioré
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale		10 % du PMSS ou 303,10 €
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)		10 % du PMSS ou 303,10 €
Dentaire		
Soins	70 % BR	130 % BR
Prothèses remboursables	–	245 % BR
Prothèses non remboursables	100 % BR	220 % BRR
Orthodontie remboursable	–	120 % BR
Orthodontie non remboursable	–	100% BRR
Implants (par an, par bénéficiaire)		8 % du PMSS ou 242,50 €
Divers		
Prothèses orthopédie	60 % BR	115 % BR
Appareil auditif		105 % BR
Cure thermique acceptée sécurité sociale : Honoraires		100 % du TM
Forfait transport et hébergement		8 % du PMSS
Cure de thalassothérapie : tous les 2 ans, avec une durée minimale de 5 jours continus		
Forfait global par bénéficiaire de :		750 €
Ostéopathie (forfait)	50 € par an et par bénéficiaire	170 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac		50 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant	Oui	Oui
(*) Niveaux des remboursements de la sécurité sociale au 1 ^{er} janvier 2012. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € en 2012). BR : base de remboursement de la sécurité sociale. BRR : base de remboursement reconstituée.		

RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 2 amélioré
Soins courants		
Consultations, visites généralistes	90 % BR	130 % BR
Consultations, visites spécialistes	90 % BR	130 % BR
Actes de chirurgie	90 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux	90 % BR	130 % BR
Examens, analyses laboratoires	90 % BR	130 % BR
Radiologie	90 % BR	130 % BR
Transport	90 % BR	100 % BR

RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 2 amélioré
Pharmacie		
Pharmacie à 65 %	90 % BR	10 % BR
Pharmacie à 30 %	80 % BR	20 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	85 % BR
Hospitalisation		
Frais de séjour	90 % BR	190 % BR
Chambre particulière		2,5 % du PMSS par jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		2 % du PMSS par jour
Honoraires, actes chirurgicaux	90 % BR	190 % BR
Forfait journalier		
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge
Forfait naissance ou adoption		12 % du PMSS
Optique		Un forfait pour 2 ans pour les adultes, lunettes ou lentilles
Montures	90 % BR	Adulte : 6 % du PMSS ou 181,86 € Enfant : 5,30 % du PMSS ou 160,64 €
Verres unifocaux jusqu'à + ou – 6 dioptries		Adulte : 272,79 € 2 verres ou 9 % du PMSS Enfant : 181,86 € 2 verres ou 6 % du PMSS
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmates cylindres > 4	90 % BR	Adulte : 439,50 € 2 verres ou 14,5 % du PMSS Enfant : 227,33 € 2 verres ou 7,5 % du PMSS
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale	90 % BR	10 % du PMSS ou 303,10 €
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)		10 % du PMSS ou 303,10 €
Dentaire		
Soins	90 % BR	110 % BR
Prothèses remboursables	90 % BR	235 % BR
Prothèses non remboursables	–	230 % BRR
Orthodontie remboursable	100% BR	120 % BR
Orthodontie non remboursable	–	100% BRR
Implants (par an, par bénéficiaire)	–	8 % du PMSS ou 242,50 €
Divers		
Prothèses orthopédie	90 % BR	85 % BR
Appareil auditif	90 % BR	75 % BR

RÉGIME LOCAL	RAPPEL sécurité sociale (*)	RÉGIME 2 amélioré
Cure thermale acceptée sécurité sociale : Honoraires Forfait transport et hébergement Cure de thalassothérapie : tous les 2 ans, avec une durée minimale de 5 jours conti- nus Forfait global par bénéficiaire de : Ostéopathie (forfait) Patch anti-tabac Tiers payant	 50 € par an et par bénéficiaire	 100 % du TM 8 % du PMSS 750 € 170 € par an et par bénéficiaire 50 € par an et par bénéficiaire Oui
(*) Niveaux des remboursements de la sécurité sociale au 1 ^{er} janvier 2012. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 031 € en 2012). BR : base de remboursement de la sécurité sociale. BRR : base de remboursement reconstituée.		

ANNEXE IV

Services et garanties complémentaires

Maintien des garanties au profit des veufs/veuves et orphelins pendant une période de 6 mois sans versement de cotisations.

Services destinés à faciliter la mise en œuvre des garanties optiques et dentaires.

Service d'assistance pour alléger le quotidien des assurés confrontés à des aléas de sécurité.

Service de mise en relation et d'innovations qui facilitent la vie des conducteurs et des professionnels de la route.

Communication par téléphone, durant les jours ouvrables (hors jours fériés) :

- de coordonnées de kinésithérapeutes et d'ostéopathes proches du lieu de demande en France ;
- de coordonnées et d'informations concernant des centres de thalassothérapie en France.

En cas d'incapacité temporaire de travail supérieure à 1 mois, consécutive à un accident, accompagnement pour une rééducation fonctionnelle (précédée d'un bilan) par un coach sportif diplômé d'Etat (limité à 12 heures, une fois par an).

Proposition d'un régime « d'accueil » individuel et facultatif, destiné aux salariés ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et souhaitant bénéficier d'une couverture santé, à l'exception des personnels embauchés sous CDD d'usage « journaliers » tel que ce contrat est défini dans l'accord du 22 septembre 2005.