

Brochure n° 3005-I

Accords nationaux
TRAVAUX PUBLICS
(Tome I. – Accords nationaux)

Brochure n° 3107

Accords collectifs nationaux
BÂTIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

Brochure n° 3193

Convention collective nationale
BÂTIMENT
IDCC : 1596. – **Ouvriers**
(Entreprises occupant jusqu'à 10 salariés)

Brochure n° 3258

Convention collective nationale
BÂTIMENT
IDCC : 1597. – **Ouvriers**
(Entreprises occupant plus de 10 salariés)

ACCORD DU 28 JUIN 2012
RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1251212M

PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire relatif au remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

Le présent accord vient compléter les dispositions sur la retraite et la prévoyance de l'accord collectif du 22 mars 1982 portant statut du personnel des associations chargées de la gestion des CFA du bâtiment relevant du CCCA-BTP conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail.

Le CCCA-BTP et les organisations syndicales représentatives de salariés considèrent que le régime de remboursement des frais de santé constitue un dossier majeur de la politique sociale au sein de la branche.

Ainsi, les partenaires sociaux ont fait le bilan des régimes de remboursement des frais de santé, lorsqu'ils existent, dans l'ensemble des associations chargées de la gestion des CFA du bâtiment.

Cette étude a permis de mettre en exergue une très grande disparité entre les régimes de remboursement des frais de santé mis en place par les associations (régimes obligatoires ou facultatifs et niveau des garanties, des cotisations, de prise en charge par l'employeur...).

C'est pourquoi, les partenaires sociaux ont décidé d'unifier et d'améliorer les régimes complémentaires de remboursement des frais de santé en vigueur en instaurant un régime conventionnel mutualisé de remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif et responsable, qui a pour vocation de présenter des résultats équilibrés, avec des modalités permettant aux partenaires sociaux d'en assurer un pilotage rigoureux. En effet, la maîtrise sur le long terme du coût de la couverture ainsi que la responsabilisation des bénéficiaires, dans une optique de mutualisation et de solidarité, constituent une condition essentielle du dispositif.

La mise en place de ce régime mutualisé de remboursement des frais de santé répond principalement aux objectifs suivants :

- harmoniser le statut des salariés afin de renforcer l'équité pour le remboursement des frais de santé dans l'ensemble du réseau ;
- mutualiser les risques, ce qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines associations de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération notamment d'âge, d'état de santé ou de catégorie socio-professionnelle ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité des métiers de la branche ;
- assurer la maîtrise financière du régime au niveau national.

C'est dans ces circonstances que le CCCA-BTP et les organisations syndicales représentatives des salariés des associations se sont réunies à plusieurs reprises afin d'étudier les modalités de mise en œuvre d'un régime mutualisé de remboursement des frais de santé au niveau de la branche et ont convenu ce qui suit.

TITRE I^{ER}

CHAMP D'APPLICATION

Article 1.1

Champ d'application professionnel et territorial

Le présent accord s'applique à l'ensemble des associations paritaires du bâtiment et des travaux publics entrant dans le champ de l'accord collectif du 22 mars 1982 portant statut du personnel des associations chargées de la gestion des CFA du bâtiment relevant du CCCA-BTP, étendu par arrêté ministériel du 25 octobre 2004.

Article 1.2

Mise en œuvre de l'accord

Le régime sera mis en œuvre dans chacune des associations chargées de la gestion des CFA du bâtiment, après information et consultation préalable de leur comité d'entreprise ou comité central d'entreprise respectif, lorsqu'il existe.

En effet, les associations visées à l'article 1.1 du présent accord devront adhérer au régime de remboursement des frais de santé décrit ci-après et affilier la totalité de leurs salariés et ayants droit

bénéficiaires, au plus tôt le premier jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord au *Journal officiel*, et au plus tard le 1^{er} janvier 2014.

Les associations ont toutefois la possibilité d'adhérer au régime dès la signature du présent accord, soit à compter du 1^{er} juillet 2012.

TITRE II

RÉGIME « REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ »

Article 2.1

Salariés bénéficiaires

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des associations définies à l'article 1.1 sans condition d'ancienneté.

Il s'applique également aux anciens salariés des associations définies à l'article 1.1 qui ont fait le choix de bénéficier de la portabilité des droits à la prévoyance.

Article 2.2

Adhésion obligatoire des salariés et de leurs ayants droit

L'adhésion des salariés de l'ensemble des associations relevant du champ d'application de cet accord au régime complémentaire de remboursement des frais de santé est obligatoire, ainsi que celle de leurs ayants droit.

L'adhésion s'impose dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Cependant, les salariés suivants ont la faculté de refuser expressément et par écrit la proposition d'adhésion au régime que leur soumet leur employeur :

- les salariés qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire, en qualité d'ayant droit de leur conjoint, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une telle couverture ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une telle couverture ;
- les salariés et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs au titre du « remboursement des frais de santé » ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, tant qu'ils en bénéficient et sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de ladite aide ainsi que, le cas échéant, tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance ;
- les salariés à temps partiel n'ayant qu'un seul employeur et les apprentis, sous réserve que la cotisation salariale représente au moins 10 % de leur rémunération ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) et qui en justifient annuellement par la production d'une attestation d'affiliation.

Concernant les ayants droit des salariés : les salariés ont la faculté de refuser expressément et par écrit la proposition d'adhésion de leurs ayants droit dans les cas suivants :

- si les ayants droit bénéficient déjà d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire ;
- si les ayants droit bénéficient déjà d'un dispositif ouvert aux fonctionnaires et agents publics de l'Etat (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ;
- si les ayants droit bénéficient déjà d'un dispositif d'assurance « loi Madelin » issu de la loi du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Dans les cas précisés ci-dessus, les salariés pourront adhérer en catégorie « isolé ».

Une attestation de couverture des ayants droit devra être annuellement transmise à l'employeur.

En tout état de cause, le refus d'adhérer doit être formalisé par écrit et les justificatifs demandés devront être communiqués à l'employeur dès que possible. Leur prise en compte interviendra dès le 1^{er} du mois suivant la communication des documents justificatifs.

Les salariés seront tenus de cotiser au régime lorsque leur situation s'en trouvera modifiée ou qu'ils cesseront d'en justifier.

En cas de changement dans la doctrine fiscale ou sociale relative au caractère obligatoire du régime, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

Les salariés seront tenus de s'y conformer, les comités d'entreprise et les comités centraux d'entreprise seront informés et consultés préalablement à la mise en œuvre de ces dispositions, lesquelles seront portées à la connaissance des salariés concernés.

Salariés dont le contrat de travail est suspendu :

Dans les cas de suspension du contrat de travail liés aux cas de maternité, maladie ou accident de travail, ou emportant le maintien total ou partiel du salaire, les garanties du salarié, ainsi que la participation de l'employeur, sont maintenues.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, à l'occasion notamment d'un congé sabbatique, d'un congé pour création d'entreprise, d'un congé parental d'éducation, les garanties du salarié sont suspendues et aucune cotisation n'est due. Le salarié pourra néanmoins continuer à adhérer à titre individuel auprès de l'organisme assureur (choix facultatif) ; le salarié assurera dans ce cas le paiement de la totalité de la cotisation due, sans participation de l'employeur.

Article 2.3

Ayants droit des salariés bénéficiaires

Le présent régime rend obligatoire l'affiliation des ayants droit, tels que définis par le contrat d'assurance, sauf dans les cas de dispense d'affiliation concernant les ayants droit, précisés à l'article 2.2 du présent accord.

Les salariés devront donc obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Les salariés ont l'obligation d'informer directement l'organisme assureur ainsi que la direction de l'association de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale ayant un impact sur la cotisation. Cette dernière devra également transmettre l'information à l'organisme assureur.

Concernant la situation des conjoints travaillant chez le même employeur : l'un des membres du couple sera affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit.

Article 2.4

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 la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Ce régime s'inscrit 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 ; et à ce titre, les contributions patronales sont exonérées.

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 soin, ni la participation forfaitaire et la franchise prévues à 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 ».

Les garanties pour le régime de remboursement des frais de santé s'inscrivent dans un régime de base à adhésion obligatoire, avec un système d'une option facultative, qui proposent des prestations supérieures à celles du régime de base obligatoire.

Dans l'hypothèse où le salarié souscrit à l'option, le régime optionnel choisi s'applique également aux ayants droit du salarié.

Le salarié a la possibilité de modifier son choix de couverture, dans les conditions ci-après :

- au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en avoir fait la demande avant le 1^{er} novembre de l'année précédente et de pouvoir justifier d'une durée d'adhésion minimale de 3 ans dans le régime faisant l'objet de la modification ;
- les salariés en poste au moment de la mise en place du nouveau régime pourront modifier leur choix de couverture au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 1^{er} novembre de l'année de leur adhésion. Puis, ils suivront la règle commune : justifier d'une durée d'adhésion minimale de 3 ans avant de pouvoir modifier leur choix ;
- dans les cas de changement de situation familiale (mariage, Pacs, divorce, décès, grossesse, naissance, adoption), de modification des ayants droit du salarié (perte de la qualité d'ayant droit, nouvel ayant droit), de perte d'emploi du conjoint, ou de surendettement, la demande doit être présentée dans les 3 mois qui suivent l'événement, et la prise d'effet des nouvelles garanties intervient au premier jour du mois qui suit la demande.

Tout changement de niveau de garanties effectué par le salarié s'applique dans les mêmes conditions à ses ayants droit.

Pour tous les cas de modification, le salarié doit informer directement l'organisme assureur et la direction de son association, laquelle transmet également l'information en second temps à l'organisme assureur désigné.

Les niveaux de garanties du contrat sont présentés dans le document joint en annexe.

L'employeur n'est pas engagé en ce qui concerne les garanties et n'intervient pas au niveau du service des prestations. Celles-ci relèvent en effet de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Relèvent notamment du contrat d'assurance la définition :

- des conditions de prise en charge et de perception des remboursements ;
- des catégories de frais susceptibles d'être remboursés ;
- des bases et limites de remboursement ;
- des modalités de versement des prestations ;
- des exclusions et limitations de garanties éventuelles.

Ces points seront détaillés précisément dans la notice individuelle qui sera établie par l'organisme assureur et remise à chaque salarié.

Article 2.5

Taux, assiette et répartition des cotisations

Les cotisations servant au financement du régime obligatoire de « Remboursement des frais de santé » seront prises en charge par chacune des associations et chacun des salariés bénéficiaires selon deux modalités au choix :

– cotisations « salarié isolé » ; « 2 personnes » ; « famille »,

ou

– cotisations « uniforme famille ».

La modalité de cotisations « uniforme famille » est dérogatoire et ne pourra s'appliquer au sein d'une association qu'après une décision unilatérale de l'employeur, après information et consultation préalables du comité d'entreprise ou comité central d'entreprise, lorsqu'il existe.

Pour l'année 2012, les cotisations TTC servant au financement du régime obligatoire de « Remboursement des frais de santé » seront prises en charge par chacune des associations et chacun des salariés bénéficiaires dans les conditions suivantes :

– cotisation salarié « isolé » (TTC) :

PART SALARIALE	PART PATRONALE	COTISATION TOTALE
31,14 € par mois (60 %)	20,76 € par mois (40 %)	51,90 € par mois

– cotisation « 2 personnes » (TTC) :

PART SALARIALE	PART PATRONALE	COTISATION TOTALE
59,40 € par mois (60 %)	39,60 € par mois (40 %)	99,00 € par mois

– cotisation « famille » (à partir de 3 personnes) (TTC) :

PART SALARIALE	PART PATRONALE	COTISATION TOTALE
75,78 € par mois (60 %)	50,52 € par mois (40 %)	126,30 € par mois

Le financement de l'option facultative est assuré intégralement par le salarié.

Les cotisations forfaitaires supplémentaires sont les suivantes, pour l'année 2012 :

– cotisation salarié « isolé » (TTC) :

– option : + 11,70 € par mois, soit au total : 63,60 € ;

– cotisation « 2 personnes » (TTC) :

– option : + 24,30 € par mois, soit au total : 123,30 € ;

– cotisation « famille » (à partir de 3 personnes) (TTC) :

– option : + 28,20 € par mois, soit au total : 154,50 € ;

– cotisation « uniforme famille » (TTC) :

PART SALARIALE	PART PATRONALE	COTISATION TOTALE
63,90 € par mois (60 %)	42,60 € par mois (40 %)	106,50 € par mois

Le financement de l'option facultative est assuré intégralement par le salarié.

Les cotisations forfaitaires supplémentaires sont les suivantes, pour l'année 2012 :

– option : + 24,30 € par mois, soit au total : 130,80 €.

En cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail au cours d'un mois civil, la totalité de la cotisation du mois au cours duquel l'embauche ou la rupture est intervenue est due.

Article 2.6

Evolution ultérieure des cotisations

Chaque année, les cotisations seront réexaminées par les parties signataires en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé (indice national de consommation médicale) et des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie, après consultation de la commission de suivi paritaire.

Toute évolution des cotisations applicables à ce jour fera l'objet d'un avenant au présent accord.

Cependant, à titre exceptionnel, pour l'année 2013, les cotisations HT seront celles de 2012, augmentées de 4 %, qui correspondent à l'évolution de l'indice national de consommation médicale totale. Si les législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie restent identiques à celles applicables à ce jour, un avenant ne sera pas nécessaire.

A défaut d'accord ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

Article 2.7

Désignation de l'organisme assureur

Les parties ont convenu de désigner BTP-Prévoyance (PRO BTP) comme organisme assureur du présent régime de remboursement des frais de santé, dont le siège social est situé 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Les associations relevant du champ d'application du présent accord ont l'obligation d'adhérer à l'organisme assureur susmentionné pour la grille de garanties figurant en annexe.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront dans les 6 mois avant l'échéance prévue à l'initiative de la partie la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, des contrats de garanties collectives et la modification corrélative du présent accord.

Article 2.8

Contrat d'assurance

Un contrat cadre d'assurance est conclu avec BTP-Prévoyance (PRO BTP) au niveau de la branche, comprenant notamment un compte de résultat mutualisé et une adhésion par employeur ultérieure.

Les associations devront dénoncer les contrats en vigueur qu'elles avaient souscrits avant la conclusion du présent accord avec d'autres prestataires que BTP-Prévoyance (PRO BTP) dans les conditions définies à l'article 1.2 du présent accord.

Sur la base de ce contrat cadre conclu au niveau de la branche, un contrat spécifique sera conclu avec chaque employeur dans chacune des associations relevant du champ d'application du présent accord.

Article 2.9

Date d'effet et cessation des garanties

L'adhésion est immédiate pour le salarié et ses ayants droit, dès lors que les inscriptions sont effectuées, à compter de la date d'adhésion de l'association employeur ou de la date d'entrée du salarié.

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'association relevant du champ d'application du présent accord, sous réserve des dispositions légales et conventionnelles relatives à la portabilité des garanties.

TITRE III

OBLIGATION D'INFORMATION

Article 3.1

Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, chaque association remettra à chaque salarié concerné ainsi qu'à chaque nouvel embauché, une notice d'information détaillée établie par l'organisme assureur résument, notamment, les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés concernés seront informés préalablement et individuellement de toute modification des garanties.

Dans le but de sensibiliser et de responsabiliser les salariés sur la nécessaire maîtrise de la consommation médicale, l'organisme assureur, en collaboration avec le CCCA-BTP, publiera chaque année, à l'issue de la clôture des comptes de résultat annuels, un bulletin d'informations sur le régime, afin que les participants soient informés de l'évolution du rapport prestations/cotisations et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

Article 3.2

Commission de suivi

Une commission paritaire nationale de suivi de l'application du présent accord est constituée entre les représentants du secrétariat général du CCCA-BTP et 2 salariés du réseau CCCA-BTP (un titulaire et un suppléant) désignés par chaque organisation syndicale représentative.

A la mise en place du régime, les membres de la commission de suivi bénéficieront d'une formation suffisante leur permettant d'exercer pleinement leurs missions.

Cette commission se réunira en principe 2 fois par an, à l'initiative du secrétariat général du CCCA-BTP.

Une de ces réunions sera dédiée à l'examen des comptes de résultat du régime fournis et présentés par l'organisme assureur (résultat association par association et résultat national mutualisé) et aura lieu au plus tard le 31 juillet de l'exercice suivant la clôture fixée au 31 décembre.

En outre, la commission de suivi aura pour mission de :

- faire le point des associations et salariés relevant du présent accord à partir des éléments transmis par l'organisme assureur ;
- vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- proposer aux partenaires sociaux de la branche des ajustements et améliorations du régime, et/ou des évolutions des cotisations.

Par ailleurs, en cas de modification substantielle de la législation ou de la réglementation de remboursement de la sécurité sociale susceptible de remettre en cause l'équilibre financier du régime, la commission de suivi se réunira à titre exceptionnel pour en examiner les conséquences et proposer les évolutions nécessaires.

Toute modification du niveau des garanties ou de la nature des prestations ainsi que toute modification des cotisations ne peuvent intervenir que dans le cadre d'une révision du présent accord, à l'exception de l'augmentation de 4 % des cotisations HT pour l'année 2013 (voir art. 2.6 du présent accord).

TITRE IV

AUTRES DISPOSITIONS

Article 4.1

Durée et date d'entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le premier jour de la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Article 4.2

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Article 4.3

Dépôt et publicité

Dès la signature du présent accord, un exemplaire original sera transmis à chacune des organisations syndicales représentatives.

Conformément aux articles D. 2231-3 et suivants du code du travail, le présent accord sera déposé par CCCA-BTP en deux exemplaires, un original et une version électronique, auprès des services centraux du ministère chargé du travail. Un exemplaire original sera également déposé auprès du greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion du présent accord.

Article 4.4

Extension

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 28 juin 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CCCA-BTP.

Syndicats de salariés :

CFA BTP CFTC ;

CFA CGT ;

CFA CGT-FO.

ANNEXE

GRILLE DES GARANTIES

Option de base + option 1 – Garanties

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	CONTRAT DE BASE	OPTION
Soins courants			
Consultations et visites (généralistes, spécialistes)	70 %	300 % BRSS	300 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	300 % BRSS	300 % BRSS
Transports	65 %	300 % BRSS	300 % BRSS
Soins externes	60 % à 70 %	300 % BRSS	300 % BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux	70 %	150 % BRSS	300 % BRSS
Pharmacie			
Pharmacie	15 %, 30 %, 65 %	100 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale		–	Forfait de 50 €
Hospitalisation médicale			
Frais de séjour, honoraires	80 %	300 % BRSS	300 % BRSS
Forfait journalier hospitalier, dès le 1 ^{er} jour	–	Oui	Oui
Forfait de 18 € sur les actes supérieurs à 120 €	–	Oui	Oui
Lit d'accompagnement pour l'enfant de moins de 12 ans, dès le 1 ^{er} jour	–	20 € par jour	20 € par jour
Chambre particulière dès le 1 ^{er} jour	–	60 € par jour	75 € par jour
Dépassement hospitalisation médicale	–	–	200 % BRSS

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	CONTRAT DE BASE	OPTION
Optique (par an et par bénéficiaire)			
Adulte :			
– monture et/ou verres simple foyer	60 %	100 % BRSS + 400 €	100 % BRSS + 450 €
– monture et/ou verres progressifs ou multifocaux		100 % BRSS + 650 €	100 % BRSS + 700 €
Enfant (– 18 ans) :			
– monture et/ou verres simple foyer	60 %	100 % BRSS + 250 €	100 % BRSS + 350 €
– monture et/ou verres progressifs ou multifocaux		100 % BRSS + 450 €	100 % BRSS + 550 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	60 %	100 % BRSS + 250 €	100 % BRSS + 250 €
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale	–	250 €	250 €
Dentaire			
Soins dentaires	70 %	150 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	70 %	550 % BRSS	600 % BRSS
Implants (par an et par bénéficiaire)	–	300 €	500 €
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	–	–	150 €
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	100 %	275 % BRSS	400 % BRSS
Autres			
Autres prothèses	60 %	550 % BRSS	600 % BRSS
Auditives	60 %	550 % BRSS	600 % BRSS
Appareillages orthopédiques	60 %	550 % BRSS	600 % BRSS
Cures thermales	65 %	–	–
Ostéopathie (adulte, enfant)	–	30 € par séance (max. 3 par an et par bénéficiaire)	40 € par séance (max. 4 par an et par bénéficiaire)
Assistance Présence Plus		Oui	Oui
Frais d'obsèques (au décès du participant)	–	3,5 % PMSS	3,5 % PMSS

Les remboursements sont exprimés soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, part sécurité sociale incluse.