

Accord professionnel
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Pays de la Loire et ouest de la France)
(15 juillet 2009)
(Etendu par arrêté du 6 avril 2010,
Journal officiel du 16 avril 2010)

AVENANT N° 3 DU 29 JANVIER 2014

NOR : AGRS1497195M

Entre :

La FRSEA des Pays de la Loire ;

L'EDT des Pays de la Loire ;

L'union des CUMA des Pays de la Loire,

D'une part, et

La FGA CFDT ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

I. – Le paragraphe 2 de l'article 3 relatif aux salariés bénéficiaires est ainsi rédigé :

« 2. Tolérances

Les caractères collectif et obligatoire du présent régime ne font pas obstacle, en l'état, ce jour, des dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et de l'accord national du 10 juin 2008, à la faculté du salarié, placé dans l'une des situations suivantes, d'être à son choix dispensé d'adhésion.

Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayants droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de

l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

La demande de ne pas cotiser 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 d'ancienneté prévue au paragraphe 1 du présent article.

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

Les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent choisir de ne pas cotiser.

Les dispositions relatives aux salariés à temps très partiel s'appliquent également aux apprentis.

Peuvent également choisir de ne pas cotiser les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples). Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

Il est entendu que dans le cas où tous les employeurs du salarié relèvent du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Les salariés bénéficiaires des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale relatives à la protection sociale complémentaire en matière de santé (dite CMU-C) ainsi que ceux bénéficiant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale) peuvent être dispensés d'affiliation jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Le salarié qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture dont il bénéficie à ce titre.

Les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis et indépendamment de leur rémunération dans ce cas, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté ont aussi la faculté de demander à être exclus.

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 6 mois d'ancienneté. »

II. – Il est ajouté à l'article 3 un paragraphe 3 ainsi rédigé :

« 3. Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe VI au présent accord pour information.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 2

Modification de l'article 4 de l'accord du 15 juillet 2009

La première phrase de l'article 4 relatif à la garantie est ainsi rédigée :

« Le salarié justifiant de l'ancienneté prévue à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. »

Article 3

Modification de l'article 9 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 9 relatif aux suspensions de contrat est ainsi rédigé :

« 1. Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines)
ou pour maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties de complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

2. Suspension du contrat pour un motif non lié
à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie du salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties de complémentaire frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période, il peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat et de la durée de la suspension du contrat au début de celle-ci. »

Article 4

Modification de l'annexe I à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe I est ainsi rédigée :

« ANNEXE I

Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(ière)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	–	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	–	100 %

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	–	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	–	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	–	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	–	100 %
Actes d'imagerie, dont ostéodensi- tométrie acceptée	70 %	30 %	–	100 %
Examens de laboratoire	60 %	40 %	–	100 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et acces- soires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	–	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	–	100 %
Plus forfait supplémentaire achat de prothèses auditives	–	–	5,25 % du PMSS par an (soit 164,27 €)	5,25 % du PMSS par an (soit 164,27 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médi- cale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	–	100 %
Hospitalisation médicale, chirur- gicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	–	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	–	100 %
Forfait journalier hospitalier	–	–	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	–	–	35 € par jour	35 € par jour
Chambre particulière en ambula- toire	–	–	15 € par jour (*)	15 € par jour (*)
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	–	–	20 € par jour	20 € par jour

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-taritaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : – services de cure médicale – ateliers thérapeutiques – instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel – centres de rééducation professionnelle – services de long séjour et établissements pour personnes âgées				
Maternité Frais de maternité ⁽²⁾	–	–	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)
Optique Montures, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire Forfait supplémentaire Lentilles de contact refusées	60 %	40 %	+ 355 % 7 % du PMSS par an (soit 219,03 €) 3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)	455 % 7 % du PMSS par an (soit 219,03 €) 3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)
Dentaire Soins Prothèses remboursables par le régime obligatoire Forfait supplémentaire Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % 70 % – 70 % ou 100 %	30 % 30 % – 30 % ou 0 %	– + 110 % 10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €) –	100 % 210 % 10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €) 100 %
Médecine douce Ostéopathie, chiropractie, acupuncture ^{(4) (5)}	–	–	3 actes par an 25 € par acte	3 actes par an 25 € par acte
Prévention Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽³⁾ Vaccin antigrippal ⁽³⁾	– –	– –	40 € par an Frais réels	40 € par an Frais réels

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽³⁾	–	–	25 € par an	25 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	De 60 % à 70 %	De 40 % à 30 %	–	100 %
<p>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires. (2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de la chambre particulière. (3) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (4) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (5) Ostéopathie et chiropractie : selon la liste préfectorale pour les ostéopathes et selon la liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs. 25 € maximum par séance. (*) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale réévalué chaque année (3 129 € pour 2014).</p>				

Article 5

Modification de l'annexe IV à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe IV est ainsi rédigée :

« ANNEXE IV

Nature des garanties correspondant à l'option régime complémentaire obligatoire, plus option 1

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(ière)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	–	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	–	100 %
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	–	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	–	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	–	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	–	100 %
Actes d'imagerie, dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	–	100 %
Examens de laboratoire	60 %	40 %	–	100 %

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	–	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	–	100 %
Plus forfait supplémentaire achat de prothèses auditives	–	–	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	–	100 %
Hospitalisation médicale, chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	–	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	–	100 %
Forfait journalier hospitalier	–	–	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	–	–	40 € par jour	40 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	–	–	15 € par jour (*)	15 € par jour (*)
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	–	–	35 € par jour	35 € par jour
Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-taritaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : <ul style="list-style-type: none"> – services de cure médicale – ateliers thérapeutiques – instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel – centres de rééducation professionnelle – services de long séjour et établissements pour personnes âgées 				
Maternité				
Frais de maternité ⁽²⁾	–	–	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Optique				
Montures, verres, lentilles accep- tés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Forfait supplémentaire			10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)
Lentilles de contact refusées			3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	–	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Forfait supplémentaire	–	–	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, acupunc- ture ⁽³⁾ ⁽⁴⁾	–	–	3 actes par an 25 € par acte	3 actes par an 25 € par acte
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽⁵⁾	–	–	40 € par an	40 € par an
Vaccin antigrippal ⁽⁵⁾	–	–	Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽⁵⁾	–	–	25 € par an	25 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	De 60 % à 70 %	De 40 % à 30 %		100 %
<p>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires. (2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de la chambre particulière. (3) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (4) Ostéopathie et chiropractie : selon la liste préfectorale pour les ostéopathes et selon la liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs 25 € maximum par séance. (5) Non pris en charge par le régime obligatoire. (sur présentation de l'original de la facture). (*) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale réévalué chaque année (3 129 € pour 2014).</p>				

Article 6

Modification de l'annexe V à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe V est ainsi rédigée :

« ANNEXE V

Nature des garanties correspondant à l'option
régime complémentaire obligatoire + option 2

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(ière)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	–	100 %
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	–	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	–	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	–	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes d'imagerie, dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Examens de laboratoire	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	–	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	–	100 %
Plus forfait supplémentaire achat de prothèses auditives	–	–	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	–	100 %
Hospitalisation médicale, chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	–	100 %

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	–	100 %
Forfait journalier hospitalier	–	–	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	–	–	60 € par jour	60 € par jour
Chambre particulière en ambula- toire	–	–	15 € par jour (*)	15 € par jour (*)
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	–	–	50 € par jour	50 € par jour
Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tari- faire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : – services de cure médicale – ateliers thérapeutiques – instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-péda- gogique et professionnel – centres de rééducation profes- sionnelle – services de long séjour et établis- sements pour personnes âgées				
Maternité				
Frais de maternité ⁽²⁾	–	–	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)
Optique				
Montures, verres, lentilles accep- tés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Lentilles de contact refusées			3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)
Forfait supplémentaire ⁽³⁾ : – montures, verres unifocaux, len- tilles acceptés par le régime obli- gatoire			11 % du PMSS par an (soit 344,19 €)	11 % du PMSS par an (soit 344,19 €)
– montures, verres multifocaux	–	–	16 % du PMSS par an (soit 500,64 €)	16 % du PMSS par an (soit 500,64 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	–	100 %

DESCRIPTIF DES ACTES Régime général	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Prothèses remboursables par le régime obligatoire Forfait supplémentaire ^{(4) (5)} :	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
– prothèses dents visibles (inci- sives, canines, prémolaires)	–	–	19,5 % du PMSS par an (soit 610,16 €)	19,5 % du PMSS par an (soit 610,16 €)
– prothèses dents non visibles (molaires) et prothèses mobiles	–	–	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Médecine douce Ostéopathie, chiropractie, acupunc- ture ^{(6) (7)}	–	–	3 actes par an 25 € par acte	3 actes par an 25 € par acte
Prévention Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽⁸⁾ Vaccin antigrippal ⁽⁸⁾ Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽⁸⁾ Diététicien Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	– – – – De 60 % à 70 %	– – – – De 40 % à 30 %	40 € par an Frais réels 25 € par an 50 € par an	40 € par an Frais réels 25 € par an 50 € par an 100 %
<p>(1) Hors parcours de soins coordonnés. Pas de prise en charge des dépassements d'honoraires. (2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de la chambre particulière. (3) Un seul forfait optique par an et par bénéficiaire. (4) Un seul forfait par an et par bénéficiaire. (5) Prise en charge après acceptation du devis par le dentiste-conseil. (6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (7) Ostéopathie et chiropractie : selon la liste préfectorale pour les ostéopathes et selon la liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs. 25 € maximum par séance. (8) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (*) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale réévalué chaque année (3 129 € pour 2014).</p>				

Article 7

Annexe VI à l'accord du 15 juillet 2009

Après l'annexe V, il est créé une annexe VI ainsi rédigée :

« ANNEXE VI

Dispositions légales sur la portabilité (art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité

ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Article 8

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 9

Dépôt et extension

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

Fait à Angers, le 29 janvier 2014.

(Suivent les signatures.)