

Brochure n° 3613

Convention collective nationale

**IDCC : 7017. – PERSONNEL DES PARCS ET JARDINS
ZOOLOGIQUES PRIVÉS**

ACCORD DU 3 JUIN 2014

INSTAURANT UN RÉGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1497290M

IDCC : 7017

Entre :

L'AFDPZ,

D'une part, et

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FNAF CGT ;

La FGA CFDT ;

La CFTC-Agri ;

La FGTA FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a généralisé la couverture complémentaire santé en imposant, selon un calendrier déterminé, l'engagement de négociations au niveau de la branche afin que tous les salariés puissent bénéficier d'une couverture complémentaire santé à l'horizon 2016.

Aussi, les signataires du présent accord avaient initié dès l'année 2012 une procédure de mise en concurrence, laquelle a abouti, au regard du cadre législatif nouveau, à recommander un organisme assureur afin que celui-ci assure la couverture santé des salariés non cadres de la branche.

Conscientes qu'une large mutualisation des risques n'est possible qu'au travers d'une forte adhésion des entreprises à l'organisme assureur recommandé, les parties signataires ont négocié des tarifs compétitifs auprès de l'organisme recommandé, permettant aux salariés de bénéficier :

- d'un socle minimal de garanties frais de santé ;
- de garanties optionnelles ;
- d'actions de solidarité prenant en compte la situation particulière de certains salariés.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de travail du 18 avril 1996 concernant le personnel des parcs et jardins zoologiques privés ouverts au public.

Article 2

Architecture du régime conventionnel frais de santé

Le régime conventionnel frais de santé se compose d'un régime socle décliné en deux structures tarifaires au choix de l'entreprise :

- uniforme : cette structure tarifaire couvre le salarié et ses ayants droit moyennant une cotisation unique et forfaitaire ;
- isolé/duo/famille : la structure tarifaire « isolé » couvre le salarié seul ; la structure tarifaire « duo » couvre le salarié et son conjoint ou un de ses enfants ; la structure tarifaire « famille » couvre le salarié et ses ayants droit.

Le montant de ces cotisations dépend également du niveau de couverture choisi par l'entreprise adhérente.

Ce régime socle constitue les garanties minimales obligatoires auxquelles l'entreprise adhère. A ce régime socle s'ajoutent trois options surcomplémentaires (option 1, option 2 et option 3), au choix de l'entreprise, via le bulletin d'adhésion mis à disposition par l'organisme assureur recommandé, dont les structures tarifaires suivent celles du régime socle. L'entreprise qui souhaite mettre en place une des options proposées dans le cadre du présent accord devra mettre en place un acte fondateur (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur).

Article 3

Antériorité des régimes frais de santé

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord disposant déjà, à la date d'effet du présent accord, d'un régime frais de santé au bénéfice de leurs salariés non cadres devront, le cas échéant, adapter le niveau des garanties de leur régime afin que ces dernières correspondent au minimum au socle conventionnel prévu par le présent accord.

Article 4

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent obligatoirement à tous les salariés relevant du champ d'application du présent accord, ayant acquis 3 mois d'ancienneté continue, à l'exclusion des cadres et personnels ressortissant à la convention collective de prévoyance de la production agricole du 2 avril 1952, relevant de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise dans l'entreprise.

Dispense d'affiliation

Toutefois, par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime :

- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel ;

- les salariés qui bénéficient, au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, de l'adhésion de leur entreprise ou de leur affiliation si elle est postérieure, de la CMU complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la couverture ou de l'aide ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois qui justifient d'une couverture individuelle frais de santé par ailleurs au jour de l'adhésion de leur entreprise ou de leur affiliation si elle est postérieure ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée 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 qui travaillent pour une seule entreprise, dès lors que la cotisation à leur charge est supérieure à 10 % de leur rémunération brute telle que prévue dans le contrat de travail ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective obligatoire.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse formulée dans le mois par le salarié concerné, qui devra produire chaque année à l'entreprise adhérente les justificatifs permettant de vérifier que les conditions nécessaires pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'entreprise adhérente.

Le salarié qui ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation doit en informer son entreprise. Il doit alors obligatoirement être affilié au présent régime à compter du premier jour du mois civil suivant.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples relevant du présent accord et travaillant dans la même entreprise, il est prévu que l'un des deux conjoints, tel que défini ci-après, soit affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Une seule cotisation sera donc due pour le couple travaillant dans la même entreprise. Il est précisé que la cotisation est appelée sur le salaire du membre du couple ayant la rémunération brute la plus élevée.

Définition des ayants droit

Pour le bénéfice des garanties du régime, les ayants droit sont définis comme suit :

Conjoint : par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le (la) salarié(e) et non séparée de droit.

Sont assimilés au conjoint le cocontractant d'un Pacs ainsi que le concubin.

Cocontractant d'un Pacs : par cocontractant d'un Pacs, il faut entendre la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) avec le (la) salarié(e).

Concubin : par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article L. 515-8 du code civil avec le (la) salarié(e) depuis au moins 2 ans, sous réserve que le (la) salarié(e) soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou adopté.

Enfants à charge :

Par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;

- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du salarié aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale,

dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 20 ans et, s'ils travaillent, que leur rémunération n'excède pas 55 % du Smic ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Article 5

Garanties

Le régime conventionnel frais de santé 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 ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, les garanties prévues dans le présent accord ne remboursent ni les pénalités mises à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire, ni la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

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

L'ensemble des actes de prévention défini ci-après est pris en charge :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;

- c) Hépatite B : avant 14 ans ;
- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) *Haemophilus influenzae* B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Le niveau des prestations est indiqué dans les tableaux figurant en annexe I.

Article 6

Cotisations

Taux de cotisation

Les garanties du régime conventionnel frais de santé sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le taux est défini ci-après.

Les tarifs des options (option 1, option 2 et option 3) comprennent le socle conventionnel obligatoire.

Hors Alsace-Moselle

Taux contractuels :

(En pourcentage du PMSS.)

TARIF HT Salariés non cadres du régime agricole	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Uniforme	1,80	2,53	3,27	3,61
Isolé	0,77	1,06	1,44	1,61
Duo	1,38	1,91	2,59	2,90
Famille	2,37	3,37	4,22	4,61

Taux après application du taux d'appel à 90 % (pour l'année 2015) :

(En pourcentage du PMSS.)

TARIF HT Salariés non cadres du régime agricole	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Uniforme	1,62	2,28	2,94	3,25
Isolé	0,69	0,95	1,30	1,45
Duo	1,24	1,72	2,33	2,61
Famille	2,13	3,03	3,80	4,15

Alsace-Moselle

Taux contractuels :

(En pourcentage du PMSS.)

TARIF HT Salariés non cadres du régime agricole	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Uniforme	0,75	1,49	1,92	2,12
Isolé	0,33	0,74	0,85	0,95

TARIF HT Salariés non cadres du régime agricole	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Duo	0,58	1,12	1,52	1,71
Famille	0,99	1,98	2,48	2,71

Taux après application du taux d'appel à 90 % (pour l'année 2015) :

(En pourcentage du PMSS.)

TARIF HT Salariés non cadres du régime agricole	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Uniforme	0,68	1,34	1,73	1,91
Isolé	0,30	0,67	0,77	0,86
Duo	0,52	1,01	1,37	1,54
Famille	0,89	1,78	2,23	2,44

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS 2014 = 3 129 €).

Les tarifs ci-dessus sont exprimés hors taxes :

- la taxe CMU (6,27 %) est à ajouter ;
- la taxe sur les conventions d'assurance (TCA à 7 %) est à ajouter pour les entreprises relevant du régime général de sécurité sociale.

Les tarifs comprennent le maintien de la garantie frais de santé au titre de la portabilité.

Révision du taux de cotisation

Toute modification de la réglementation pourra donner lieu à des modifications tarifaires qui feront l'objet d'un avenant au présent accord, après analyse par la commission paritaire de suivi.

Au-delà de la première année de fonctionnement du régime, les résultats techniques du régime présentés par l'organisme assureur détermineront les taux de cotisation applicables.

Répartition du taux de cotisation

Les cotisations sont réparties à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié sur les garanties correspondant au socle conventionnel obligatoire. Les cotisations relatives aux garanties des options 1, 2 et 3 sont réparties librement par l'entreprise via l'acte fondateur mettant en place l'option.

Article 7

Cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail liée à une maladie,
une maternité ou un accident donnant lieu à indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail liée à une maladie, une maternité ou un accident donnant lieu soit à un maintien total ou partiel de salaire, soit à des indemnités journalières financées au moins pour partie par l'employeur au titre de l'incapacité temporaire de travail, les garanties du présent régime sont maintenues sans contrepartie de cotisation pour tout mois civil d'arrêt de travail et aussi longtemps que l'intéressé ne reprend pas une activité.

Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation
ou pour une raison autre que médicale

Dans ce cas, le salarié peut demander le maintien de sa garantie frais de santé à l'organisme assureur recommandé sous réserve qu'il s'acquitte de la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Article 8

Maintien de la garantie frais de santé au titre de la portabilité des droits

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties en protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime de l'assurance chômage selon les conditions définies dans les textes légaux, et ce pour toute notification de rupture intervenue à compter du 1^{er} juin 2014.

Le bénéfice du maintien de la garantie frais de santé est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

Bénéficiaires

Continuent à bénéficier de la garantie frais de santé qui les couvraient en tant qu'actifs les anciens salariés relevant du champ d'application du présent accord, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- être indemnisés par le régime de l'assurance chômage et le justifier auprès de l'organisme assureur ;
- avoir été affiliés et bénéficier de la garantie frais de santé avant la rupture du contrat de travail par le présent régime.

Le bénéfice de cette couverture est étendu aux ayants droit de l'ancien salarié sous réserve que ces derniers étaient déjà couverts avant la rupture du contrat de travail.

Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié ouvre droit aux prestations de la garantie frais de santé au titre de la portabilité à compter de la rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente dans la limite de 12 mois.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

Cessation de la portabilité

Le maintien de la garantie frais de santé cesse, au plus tard, 12 mois après la date de rupture du contrat de travail et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur prendra en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Article 9

Maintien de la garantie frais de santé au titre de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (loi Evin), les salariés dont le contrat de travail est rompu et qui répondent à l'une des conditions visées ci-dessous pourront demander le maintien de leur garantie frais de santé, dans le cadre d'une adhésion à un contrat individuel, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.

Sont visés par cette disposition les salariés dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- ou d'une pension de retraite ;
- ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

Sont également visés les ayants droit d'un salarié décédé, lesquels peuvent demander le maintien de la garantie santé pendant une durée minimale de 12 mois.

La demande de maintien de la garantie frais de santé doit être réalisée par l'ancien salarié dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou de l'expiration de la période de maintien de la garantie frais de santé au titre de la portabilité des droits.

Les ayants droit d'un salarié décédé disposent d'un délai de 6 mois suivant le décès du salarié pour demander le maintien de leurs garanties.

Les tarifs relatifs à ce maintien de la garantie frais de santé ne pourront être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Article 10

Assurance et gestion du régime conventionnel frais de santé

A. – Recommandation

Afin d'assurer le régime conventionnel frais de santé défini dans le présent accord et organiser la mutualisation la plus large possible entre les entreprises de l'ensemble de la branche, les organisations signataires conviennent de recommander la CPCEA, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, membre du groupe AGRICA.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans la convention d'assurance et de gestion conclue entre la CPCEA et les partenaires sociaux signataires du présent accord.

B. – Actions de solidarité en faveur des ressortissants au régime

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle peuvent bénéficier des prestations présentant un degré élevé de solidarité, notamment au titre des droits non contributifs.

Prise en charge de la cotisation pour les apprentis et les bénéficiaires d'un contrat de professionnalisation

La cotisation due par les apprentis et les bénéficiaires d'un contrat de professionnalisation est intégralement prise en charge par les fonds du régime. Par conséquent, les apprentis et les bénéficiaires d'un contrat de professionnalisation bénéficient gratuitement des prestations prévues dans le cadre du socle conventionnel.

Suspension du contrat de travail liée à une maladie, une maternité ou un accident donnant lieu à indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail liée à une maladie, une maternité ou un accident donnant lieu soit à un maintien total ou partiel de salaire, soit à des indemnités journalières financées

au moins pour partie par l'employeur au titre de l'incapacité temporaire de travail, les garanties du présent régime sont maintenues sans contrepartie de cotisation, conformément à l'article 7, pour tout mois civil d'arrêt de travail et aussi longtemps que l'intéressé ne reprend pas une activité.

Pour compléter ces actions de solidarité, la commission paritaire de suivi pourra décider, chaque année, de mettre en œuvre une politique d'action sociale, de prévention dédiée. Les partenaires sociaux signataires de l'accord s'engagent à respecter les dispositions réglementaires en la matière et notamment en termes de financement.

Les ressortissants au régime peuvent prétendre à des aides sociales prises en charge et définies par l'organisme assureur recommandé au titre de son action sociale.

C. – Réexamen du régime et choix de l'organisme assureur recommandé

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le présent régime fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, 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 recommandé.

Article 11

Adhésion des entreprises à l'organisme assureur recommandé

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de faire bénéficier leurs salariés non cadres ne relevant pas de la convention collective nationale 52 pour les cadres de la production agricole d'un régime frais de santé présentant des garanties d'un niveau au moins égal au socle conventionnel prévu par le présent accord. Pour ce faire, les entreprises peuvent librement choisir d'adhérer à la CPCEA aux conditions négociées dans le présent accord.

Article 12

Pilotage du régime

La commission paritaire de suivi est composée des partenaires sociaux signataires de l'accord. Elle a en charge le suivi de la mise en œuvre du régime frais de santé institué par le présent accord. Elle examine les comptes du régime, notamment les cotisations perçues et les prestations versées. Elle propose aux partenaires sociaux représentatifs de la branche les éventuelles révisions et adaptations du présent accord.

Article 13

Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 14

Formalités administratives

Le présent accord, dont les parties signataires demandent l'extension, sera établi et déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Article 15

Entrée en vigueur

Le présent accord entre en vigueur au premier jour du trimestre civil qui suit la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 3 juin 2014.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAUX DES GARANTIES

Hors Alsace-Moselle

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Soins courants									
Honoraires de généralistes et de spécialistes	70 %	30 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux	60 %	40 %	FR	FR	FR	100 %	FR	FR	FR
Radiologie, actes techniques	70 %	30 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Actes de prévention responsables ⁽¹⁾	De 35 à 70 %	De 65 à 30 %	FR	FR	FR	100 %	FR	FR	FR
Pharmacie 65 % (90 % Alsace-Moselle)	65 %	35 %	–	–	–	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 30 % (80 % Alsace-Moselle)	30 %	70 %	–	–	–	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 15 %	15 %	0 %	85 %	–	–	15 %	100 %	100 %	100 %
Consultations médicales douces	–	–	–	4*25 €	4*25 €	–	–	4*25 €	4*25 €

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Optique ⁽²⁾									
Monture, verres remboursés par le RO et lentilles	60 %	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Crédit supplémentaire verres simples remboursés par le RO	–	–	50 €	100 €	–	–	–	50 €	100 €
Crédit supplémentaire verres complexes remboursés par le RO	–	–	90 €	180 €	–	–	–	90 €	180 €
Crédit supplémentaire optique (en l'absence de consommation pendant 2 ans)	–	–	50 €	–	–	–	50 €	50 €	50 €
Crédit chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	–	–	400 €	600 €	–	–	–	400 €	600 €
Dentaire									
Soins dentaires	70 %	30 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Prothèses dentaires remboursées par le RO (hors inlays cores, inlays, onlays)	70 %	55 %	75 %	225 %	325 %	125 %	200 %	350 %	450 %
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	–	–	–	100 €	200 €	–	–	100 €	200 €
Inlays cores, inlays, onlays remboursés par le RO	70 %	55 %	25 %	25 %	75 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Crédit supplémentaire implantologie/parodontologie	–	–	–	100 €	200 €	–	–	100 €	200 €

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Orthodontie acceptée par le RO (enfant de moins de 16 ans)	100 %	25 %	125 %	175 %	225 %	125 %	250 %	300 %	350 %
Orthodontie refusée par le RO	-	-	-	200 €	400 €	-	-	200 €	400 €
Forfait dentisterie esthétique (verniss, blanchiment, curetage, surfaçage)	-	-	-	-	80 €	-	-	-	80 €
Appareillage									
Grand appareillage	100 %	0 %	0 %	100 %	200 %	100 %	100 %	200 %	300 %
Petit appareillage, dont orthopédie	60 %	40 %	350 %	350 %	350 %	100 %	450 %	450 %	450 %
Prothèses auditives remboursées par le RO	60 %	40 %	350 %	350 %	350 %	100 %	450 %	450 %	450 %
Prothèses auditives	-	-	-	300 € par an	400 € par an	-	-	300 € par an	400 € par an
Hospitalisation									
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	200 %	300 %	200 %	200 %	300 %	400 %
Honoraires	100 %	0 %	150 %	400 %	500 %	100 %	250 %	500 %	600 %
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière (60 jours et 30 jours pour la psychiatrie)	-	-	40 € par jour	20 € par jour	40 € par jour	-	40 € par jour	60 € par jour	80 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) (60 jours)	-	-	20 € par jour	10 € par jour	20 €/jour	-	20 € par jour	30 € par jour	40 € par jour

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Maternité									
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné	80 %	20 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Forfait journalier hospitalier	–	FR	FR	–	–	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière	–	–	40 € par jour	20 € par jour	40 € par jour	–	40 € par jour	60 € par jour	80 € par jour
Prime de naissance ou d'adop- tion (par enfant, pour les deux premiers)	–	–	100 €	150 €	200 €	–	100 €	150 €	200 €
Prime de naissance ou d'adop- tion (par enfant, à partir du troisième)	–	–	200 €	250 €	300 €	–	200 €	250 €	300 €
Polyvalents									
Forfait actes lourds (18 €)	–	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Transports remboursés par le RO	65 %	35 %	–	–	–	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales : frais bal- néaires remboursés par le RO	65 %	0 %	35 %	85 %	135 %	65 %	100 %	150 %	200 %
Pharmacie non remboursée par le RO (sur prescription)	–	–	–	–	40 €	–	–	–	40 €
Vaccins non remboursés par le RO (sur prescription)	–	–	–	40 €	40 €	–	–	40 €	40 €
Les crédits sont présentés par bénéficiaire et par an. RO : régime obligatoire (MSA, sécurité sociale, autre).									

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
<div>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</div> <div>FR : frais réels.</div> <div>(1) Actes de prévention (au sens de l'arrêté du 8 juin 2006) :<ul style="list-style-type: none">- détartrage annuel effectué en deux séances maximum ;- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;- scellement des sillons avant 15 ans ;- dépistage hépatite B ;- bilan du langage avant 15 ans ;- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).</div> <div>(2) L'ensemble du poste optique est limité à une monture et à une paire de verres par an et par bénéficiaire (tous les 2 ans pour le socle).</div>									

Alsace-Moselle

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Soins courants									
Honoraires de généralistes et de spécialistes	90 %	10 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux	90 %	10 %	FR	FR	FR	100 %	FR	FR	FR
Radiologie, actes techniques	90 %	10 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Actes de prévention responsables ⁽¹⁾	De 35 à 90 %	De 65 à 10 %	FR	FR	FR	100 %	FR	FR	FR

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Pharmacie 90 %	90 %	10 %	-	-	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 80 %	80 %	20 %	-	-	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 15 %	15 %	0 %	85 %	-	-	15 %	100 %	100 %	100 %
Consultations douces	-	-	-	4*25 €	4*25 €	-	-	4*25 €	4*25 €
Optique ⁽²⁾									
Monture, verres remboursés par le RO et lentilles	90 %	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Crédit supplémentaire verres simples remboursés par le RO	-	-	-	50 €	100 €	-	-	50 €	100 €
Crédit supplémentaire verres complexes remboursés par le RO	-	-	-	90 €	180 €	-	-	90 €	180 €
Crédit supplémentaire optique (en l'absence de consomma- tion pendant 2 ans)	-	-	50 €	-	-	-	50 €	50 €	50 €
Crédit chirurgie réfractive cor- néenne de l'œil	-	-	-	400 €	600 €	-	-	400 €	600 €
Dentaire									
Soins dentaires	90 %	10 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Prothèses dentaires rembour- sées par le RO (hors inlays cores, inlays, onlays)	90 %	35 %	75 %	225 %	325 %	125 %	200 %	350 %	450 %

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Prothèses dentaires non rem- boursées par le RO	-	-	-	100 €	200 €	-	-	100 €	200 €
Inlays cores, inlays, onlays remboursés par le RO	90 %	35 %	25 %	25 %	75 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Crédit supplémentaire implan- tologie/parodontologie	-	-	-	100 €	200 €	-	-	100 €	200 €
Orthodontie acceptée par le RO (enfant de moins de 16 ans)	100 %	25 %	125 %	175 %	225 %	125 %	250 %	300 %	350 %
Orthodontie refusée par le RO	-	-	-	200 €	400 €	-	-	200 €	400 €
Forfait dentisterie esthétique (verniss, blanchiment, cure- tage, surfaçage)	-	-	-	-	80 €	-	-	-	80 €
Appareillage									
Grand appareillage	100 %	0 %	0 %	100 %	200 %	100 %	100 %	200 %	300 %
Petit appareillage, dont ortho- pédie	90 %	10 %	350 %	350 %	350 %	100 %	450 %	450 %	450 %
Prothèses auditives rembour- sées par le RO	90 %	10 %	350 %	350 %	350 %	100 %	450 %	450 %	450 %
Prothèses auditives	-	-	-	300 € par an	400 € par an	-	-	300 € par an	400 € par an
Hospitalisation									
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	200 %	300 %	200 %	200 %	300 %	400 %
Honoraires	100 %	0 %	150 %	400 %	500 %	100 %	250 %	500 %	600 %

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière (60 jours et 30 jours pour la psychiatrie)	-	-	40 € par jour	20 € par jour	40 € par jour	-	40 € par jour	60 € par jour	80 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) (60 jours)	-	-	20 € par jour	10 € par jour	20 € par jour	-	20 € par jour	30 € par jour	40 € par jour
Maternité									
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné	100 %	0 %	100 %	200 %	300 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR	-	-	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière	-	-	40 € par jour	20 € par jour	40 € par jour	-	40 € par jour	60 € par jour	80 € par jour
Prime de naissance ou d'adop- tion (par enfant, pour les deux premiers)	-	-	100 €	150 €	200 €	-	100 €	150 €	200 €
Prime de naissance ou d'adop- tion (par enfant, à partir du troisième)	-	-	200 €	250 €	300 €	-	200 €	250 €	300 €
Polyvalents									
Forfait actes lourds (18 €)	-	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Transports remboursés par le RO	100 %	0 %	-	-	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales : frais bal- néaires remboursés par le RO	90 %	0 %	10 %	60 %	135 %	90 %	100 %	150 %	200 %

PRESTATIONS SANTÉ	REMBOURSEMENT du RO (en % de la BR)	GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (hors régime de base)				GARANTIES CUMULÉES (régime de base et socle complémentaire inclus)			
		Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3	Socle	En complément du socle option 1	En complément du socle option 2	En complément du socle option 3
Pharmacie non remboursée par le RO (sur prescription)	-	-	-	-	40 €	-	-	-	40 €
Vaccins non remboursés par le RO (sur prescription)	-	-	-	40 €	40 €	-	-	40 €	40 €
<p>Les crédits sont présentés par bénéficiaire et par an.</p> <p>RO : régime obligatoire (MSA, sécurité sociale, autre).</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>(1) Actes de prévention (au sens de l'arrêté du 8 juin 2006) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - détartrage annuel effectué en deux séances maximum ; - ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; - scellement des sillons avant 15 ans ; - dépistage hépatite B ; - bilan du langage avant 15 ans ; - dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; - vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). <p>(2) L'ensemble du poste optique est limité à une monture et à une paire de verres par an et par bénéficiaire (tous les 2 ans pour le socle).</p>									