

Convention collective nationale
IDCC : 240. – PERSONNEL DES GREFFES
DES TRIBUNAUX DE COMMERCE
(14 novembre 1957)

ACCORD DU 12 DÉCEMBRE 2014
RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1550085M
IDCC : 240

Entre :

La CNG,

D'une part, et

La CFTC ;

Le SPAAC CFE-CGC ;

La FS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Il est conclu le présent accord qui complète les dispositions permanentes de la convention collective du personnel des greffes des tribunaux de commerce par la création d'un régime de branche complémentaire frais de santé.

Cet accord est le fruit de la volonté commune des partenaires sociaux de faire bénéficier aux salariés des greffes des tribunaux de commerce d'une couverture frais de santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires issues de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, incluant la généralisation de la complémentaire santé.

Il est paru également nécessaire aux partenaires sociaux de la branche de recommander un organisme auprès duquel les employeurs pourront souscrire un contrat répondant aux obligations du présent accord, et ce afin :

- de pouvoir faire bénéficier d'un régime mutualisé l'ensemble des employeurs et des salariés de la profession ;
- de permettre aux partenaires sociaux le suivi et la pérennité de ce régime ;
- d'avoir accès à un fonds social propre à la branche pouvant venir en aide, selon les conditions qu'ils auront fixées, aux bénéficiaires du régime.

Le présent accord prévoit : les conditions de garanties, de cotisations, de cofinancement et de mise en place s'imposant à chaque employeur dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des greffiers des tribunaux de commerce et aux personnels qu'ils emploient sur le territoire de la France métropolitaine, à l'exclusion des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Le présent accord s'applique également au personnel du conseil national des greffiers des tribunaux de commerce.

Article 3

Mise en place d'un régime de complémentaire santé

A la date d'effet prévue à l'article 13 du présent accord, chaque employeur devra avoir mis en place au bénéfice de ses salariés et de leur famille un contrat complémentaire frais de santé répondant aux conditions du présent accord.

Les garanties de ce contrat, les conditions d'affiliation des salariés et de leurs ayants droit, le mode de cotisation et la répartition de son financement devront répondre aux termes du présent accord.

La souscription du contrat négocié et mis en place par les partenaires sociaux auprès de l'organisme recommandé à l'article 11 permet de répondre aux exigences du présent accord.

Article 4

Bénéficiaires du régime complémentaire frais de santé

a) Couverture du salarié

Tout salarié ayant plus de 3 mois d'ancienneté, quels que soient la nature de son emploi, son statut ou sa catégorie, doit bénéficier d'une couverture complémentaire frais de santé d'un niveau de garantie au moins équivalent à celui décrit à l'article 7.

L'ancienneté s'entend par contrat de travail auprès de l'employeur.

Toutefois, un salarié ayant bénéficié du régime complémentaire frais de santé de la branche et encore bénéficiaire de la portabilité de ses droits lors de sa nouvelle embauche par un employeur de la branche pourra bénéficier de la couverture frais de santé dès sa date d'embauche, aux conditions de celles des salariés ayant plus de 3 mois d'ancienneté.

Pendant les 3 premiers mois de son contrat, un salarié peut demander à bénéficier dès le premier jour de son embauche des garanties du régime. La cotisation restera alors intégralement à sa charge, la prise en charge de la cotisation par son employeur, dans les conditions de l'article 8, intervenant dès que le salarié aura acquis 3 mois d'ancienneté.

b) Couverture des ayants droit du salarié

Le contrat complémentaire frais de santé bénéficie également à l'ensemble des ayants droit du salarié.

La partie de la cotisation prise en charge par l'employeur du régime minimal de la branche décrite à l'article 8 inclut également le financement de la couverture des ayants droit.

c) Définition des ayants droit du salarié

Les ayants droit sont les suivants :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec le salarié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où le salarié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés) ;
- le cocontractant d'un pacte civil de solidarité ;

- les enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de professionnalisation, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion et sans limite d'âge pour les handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé en raison de leur niveau de ressources.

Article 5

Caractère obligatoire et dispenses d'affiliation

De par sa nature et le partage des cotisations entre l'employeur et le salarié, l'affiliation des salariés et de leurs ayants droit au régime complémentaire frais de santé est obligatoire dès lors que le salarié a atteint l'ancienneté prévue à l'article 4 *a*.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, pourront toutefois être dispensés de s'affilier, de cotiser et de bénéficier des garanties du régime sans remettre en cause le caractère obligatoire de celui-ci :

a) Les salariés en contrat à durée déterminée et les apprentis avec l'obligation pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;

b) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

c) Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense doit être justifiée par tout document utile et joue jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure, jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;

e) A condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les dispenses d'affiliation prévues pour le salarié aux points *a* à *e* du présent article sont également applicables aux ayants droit du salarié.

Afin de bénéficier des dispenses d'adhésion, le salarié devra en faire la demande dans les 30 jours qui précéderont sa date d'affiliation, par un écrit remis à l'employeur, accompagné des justificatifs lui permettant de justifier de sa situation. A défaut, son affiliation au régime sera faite automatiquement et il ne pourra s'opposer au précompte de sa cotisation.

Article 6

Cas de suspension ou de rupture du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

L'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

Le bénéfice du régime de complémentaire frais de santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

Ces maintiens sont subordonnés au paiement par l'employeur de la cotisation aux conditions identiques à celles des salariés actifs, pendant toute la période de suspension du contrat de travail, et le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime complémentaire frais de santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, à titre individuel, aux conditions tarifaires prévues dans ce cadre et sans participation de l'employeur à son financement.

c) Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, du maintien du régime frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

d) Maintien de la couverture complémentaire frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture du régime complémentaire frais de santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat.

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les conditions tarifaires proposées aux bénéficiaires « loi Evin » dans le cadre d'un contrat qui ne serait pas souscrit auprès de l'organisme recommandé ne pourront se faire que dans la limite maximale du coefficient entre le tarif des actifs et celui des sortants « loi Evin » du régime assuré auprès de l'organisme recommandé par le présent accord.

Article 7

Prestations

1. Garanties minimales

Les garanties dites « régime de base » du présent accord constituent les garanties minimales obligatoires devant bénéficier à l'ensemble du personnel salarié de la branche et à ses ayants droit.

Ces garanties sont établies dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord.

Remboursements exprimés en complément du régime obligatoire

NATURE DES GARANTIES	MONTANT des remboursements Secteur conventionné ⁽¹⁾
Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Frais de séjour	100 % FR
Honoraires	200 % BR
Chambre particulière (par jour)	1,5 % PMSS
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans) (par jour)	20,00 €
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Soins médicaux courants	
Consultations et visites généralistes	100 % BR (*)
Consultations et visites spécialistes	200 % BR (*)
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Analyses médicales	100 % TM
Radiologie, électroradiologie, échographie	100 % BR

NATURE DES GARANTIES	MONTANT des remboursements Secteur conventionné ⁽¹⁾
Pharmacie (remboursée par le régime général obligatoire)	
Vignette blanche	100 % TM
Vignette bleue	100 % TM
Vignette orange	100 % TM
Prothèses et appareillages	
Appareillage orthopédique	200 % BR
Prothèses auditives	200 % BR
Soins dentaires	
Soins conservateurs	100 % BR
Soins chirurgicaux	100 % BR
Prothèses dentaires :	
– remboursées par la sécurité sociale	150 % BR
– non remboursées par la sécurité sociale	220 % BR
Implantologie, parodontologie par an et par assuré	400,00 €
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	125 % BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale ≤ 20 ans	Non garanti
Optique	
Monture (**)	3 % PMSS
Par verre simple à correction forte ou verre complexe (**)	5 % PMSS
Par verre simple à correction faible (**)	3 % PMSS
Lentilles remboursées ou non par le régime général obligatoire (**)	5 % PMSS
Kératotomie (forfait annuel pour les deux yeux)	15 % PMSS
Transport du malade	
Transport du malade	100 % TM
Maternité	
Hospitalisation	100 % FR
Chambre particulière	1,5 % PMSS
Forfait naissance	10 % PMSS
Cures thermales	
Acceptées par la sécurité sociale	100 % TM
Médecines douces	
Chiropracteur et ostéopathe (par an et par assuré)	2 % PMSS
Vaccins	
Vaccin antigrippal	100 % TM

NATURE DES GARANTIES	MONTANT des remboursements Secteur conventionné ⁽¹⁾
Autres vaccins (par an)	100 % TM
Autres soins	100 % TM
<p>(1) En secteur non conventionné, la prise en charge s'effectue sur la base du tarif d'autorité. BR : base de remboursement de la sécurité sociale. TM : ticket modérateur. FR : frais réels. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>(*) Une limitation conforme à la réglementation sur les contrats responsables sera appliquée en cas de consultation auprès d'un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.</p> <p>(**) Un équipement optique par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</p>	

2. Garanties supplémentaires

L'organisme recommandé peut proposer aux salariés relevant du présent accord des garanties optionnelles facultatives complémentaires à celles du régime de base.

Ces garanties seront financées individuellement par chaque salarié pour lui-même et ses ayants droit.

Les garanties proposées par l'organisme recommandé sont décrites en annexe.

Article 8

Financement du régime complémentaire frais de santé

1. Structure de la cotisation

Le régime complémentaire frais de santé mis en place au sein des structures de la profession doit prévoir une cotisation familiale uniforme.

2. Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime complémentaire frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

3. Taux et répartition des cotisations

La participation de l'employeur au financement du régime complémentaire frais de santé de sa structure est au moins égale à 50 % de la cotisation.

Le montant de la participation de l'employeur ne peut être inférieur au montant de la cotisation au régime mis en place par les partenaires sociaux auprès de l'organisme recommandé.

4. Taux, montant et répartition du régime souscrit auprès de l'organisme recommandé

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE	TAUX de cotisation	PARTICIPATION salarié	PARTICIPATION employeur
Régime général de la sécurité sociale	Cotisation uniforme familiale	3,24	50	50

La cotisation uniforme familiale s'entend comme une cotisation unique quelle que soit la composition familiale du salarié, y compris pour les célibataires sans ayants droit.

Les cotisations des options complémentaires facultatives sont indiquées en annexe.

Article 9

Evolution des garanties et des cotisations du régime

Le taux de cotisation du régime de base assuré par l'organisme assureur recommandé est garanti jusqu'au 31 décembre 2017.

Il ne saurait en être autrement des éventuels contrats souscrits par les employeurs auprès d'organismes assureurs autres que celui recommandé dans le présent accord.

A l'issue de cette période de maintien, et en fonction de l'équilibre financier du régime, les garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission mixte paritaire, après présentation des comptes par l'organisme assureur recommandé.

A tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes de l'accord. Une information générale sera alors toutefois effectuée auprès des employeurs et des salariés de la profession.

Article 10

Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre les mesures d'action sociale définies par une liste établie par la commission mixte paritaire suite à la proposition de la commission sociale créée pour cela.

Compte tenu du caractère élevé de solidarité de l'ensemble de la branche professionnelle sur ce régime, la commission mixte paritaire exige qu'il ne soit suspendu ou mis fin au remboursement des prestations pour les salariés avant rupture de leur contrat de travail au seul motif que leur employeur n'ait pas réglé ses cotisations dans les temps. Ce dernier point n'empêche en rien l'organisme assureur de recourir à l'ensemble des procédures habituelles de recouvrement. Il ne pourra toutefois faire porter sur le salarié les conséquences de non-solvabilité de son employeur.

L'action sociale de la branche mise en place dans le cadre de la recommandation ne sera ouverte qu'aux salariés bénéficiaires du régime souscrit auprès de l'organisme recommandé. L'action sociale sera financée par l'affectation d'un pourcentage des cotisations collectées, tel que défini par la réglementation et, en tout état de cause, d'au moins 2 %.

Article 11

Organisme assureur recommandé

A l'issue d'un appel d'offres répondant à l'ensemble des critères réglementaires, les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties frais de santé prévues par la convention collective, le régime coassuré par Harmonie Mutuelle et Apréva.

(Harmonie Mutuelle : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° RNM 442 224 671, dont le siège social se situe au 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Apréva : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, Siren n° 775 627 391, dont le siège social se situe au 20, boulevard Papin, 59012 Lille.)

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Il peut cependant être mis fin au marché, par la commission mixte paritaire et l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet du marché (soit le 1^{er} janvier de chaque année), sous réserve de respecter un préavis de 6 mois.

Chaque employeur de la branche souscrira un contrat auprès de l'organisme recommandé. Il pourra également être mis fin au contrat par chaque employeur souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat (soit le 1^{er} janvier de chaque année), sous réserve de respecter un préavis de 2 mois.

Article 12

Suivi du régime complémentaire frais de santé

Le régime complémentaire santé est administré par la commission paritaire, dont les membres sont les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective.

Un protocole d'accord et de suivi du régime mis en place pour la branche par l'organisme recommandé est signé entre ce dernier et la commission paritaire, qui pourra déléguer le suivi du régime à une sous-commission spécialement constituée à cet effet.

Ce protocole reprend les conditions de gestion, d'organisation, de distribution, de suivi des comptes.

Article 13

Effet et durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet et s'imposera à l'ensemble de la profession dès le 1^{er} janvier 2015.

En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent accord.

Le présent accord pourra être dénoncé à tout moment, conformément aux dispositions légales.

Le présent accord peut être révisé par avenant conclu par les partenaires sociaux ou une partie d'entre eux conformément aux dispositions légales. Une demande de révision peut être effectuée à tout moment par l'une quelconque des parties contractantes ou y ayant adhéré.

La demande de révision devra être portée à la connaissance des parties contractantes, par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande de révision de l'accord devra être accompagnée d'une lettre de notification d'un nouveau projet d'accord sur les points sujets à révision. Les discussions devront commencer dans un délai de 3 mois suivant la lettre de notification. L'accord restera en vigueur jusqu'à l'application du nouvel accord signé à la suite d'une demande de révision.

Fait à Paris, le 12 décembre 2014.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

OPTIONS GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES PROPOSÉES PAR L'ORGANISME RECOMMANDÉ

Remboursements exprimés en complément du régime obligatoire

NATURE DES GARANTIES	OPTIONS	
	Option 1 (montant des remboursements y compris régime de base)	Option 2 (montant des remboursements y compris régime de base)
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	100 % FR	100 % FR
Honoraires	300 % BR	400 % BR
Chambre particulière (par jour)	2,5 % PMSS	4 % PMSS
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans) (par jour)	20 €	30 €
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR
Soins médicaux courants		
Consultations et visites généralistes (*)	200 % BR	400 % BR
Consultations et visites spécialistes (*)	300 % BR	300 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	200 % BR
Analyses médicales	100 % TM	100 % BR
Radiologie, électroradiologie, échographie	100 % BR	200 % BR
Pharmacie (remboursée par le régime général obligatoire)		
Vignette blanche	100 % TM	100 % TM
Vignette bleue	100 % TM	100 % TM
Vignette orange	100 % TM	100 % TM
Prothèses et appareillages		
Appareillage orthopédique	200 % BR	300 % BR
Prothèses auditives	200 % BR	300 % BR
Soins dentaires		
Soins conservateurs	150 % BR	250 % BR
Soins chirurgicaux	150 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires :		
– remboursées par la sécurité sociale	300 % BR	350 % BR
– non remboursées par la sécurité sociale	370 % BR	420 % BR
Implantologie, parodontologie par an et par assuré	600 €	800 €
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	175 % BR	325 % BR

NATURE DES GARANTIES	OPTIONS	
	Option 1 (montant des remboursements y compris régime de base)	Option 2 (montant des remboursements y compris régime de base)
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale ≤ 20 ans	150 % BR	300 % BR
Optique		
Monture (**)	4 % PMSS	6 % PMSS
Par verre simple à correction forte ou verre complexe (**)	6 % PMSS	7 % PMSS
Par verre simple à correction faible (**)	4 % PMSS	5 % PMSS
Lentilles remboursées ou non par le régime général obligatoire (**)	6 % PMSS	7 % PMSS
Kératotomie (forfait annuel pour les deux yeux)	20 % PMSS	25 % PMSS
Transport du malade		
Transport du malade	100 % BR	200 % BR
Maternité		
Hospitalisation	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	2,50 % PMSS	4,00 % PMSS
Forfait naissance	15 % PMSS	20 % PMSS
Cures thermales		
Acceptées par la sécurité sociale	20 % PMSS	25 % PMSS
Médecines douces		
Chiropracteur et ostéopathe (par an et par assuré)	3% PMSS	4 % PMSS
Vaccins		
Vaccin antigrippal	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Autres vaccins (par an)	25 €	50 €
Autres soins	100 % TM	100 % TM
<p>En secteur non conventionné, la prise en charge s'effectue sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>TM : ticket modérateur.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>(*) Une limitation conforme à la réglementation sur les contrats responsables sera appliquée en cas de consultation auprès d'un médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.</p> <p>(**) Un équipement optique par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les remboursements pourront être limités afin de répondre aux conditions des plafonds du contrat responsable.</p>		