

Brochure n° 3135

Convention collective nationale
IDCC : 489. – INDUSTRIES DU CARTONNAGE

AVENANT N° 152 DU 5 OCTOBRE 2015
RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1551003M

IDCC : 489

PRÉAMBULE

La branche du cartonnage a généralisé depuis près de 5 ans une couverture santé mutualisée pour l'ensemble de ses salariés.

Cette volonté s'est traduite par la conclusion de l'avenant n° 136 du 11 février 2010, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Compte tenu des profondes modifications intervenues dans le cadre de la réglementation de la protection sociale complémentaire (modification des règles d'exonération, censure des clauses de désignation, réglementation des clauses de recommandation, modification du contenu du cahier des charges du contrat responsable), les partenaires sociaux se sont réunis à plusieurs reprises afin de définir un nouveau régime.

Celui-ci améliore les niveaux de prestation préexistants ainsi que le financement patronal.

En outre, le présent régime s'inscrit dans une démarche solidaire et responsable et s'est attaché à retenir des dispositions permettant de justifier d'un degré élevé de solidarité entre les ensembles des entreprises de la branche, permettant ainsi la recommandation de deux organismes assureurs.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux se sont attachés à permettre aux entreprises qui le souhaitent, ainsi qu'aux salariés qui le souhaitent, d'avoir accès à des garanties supplémentaires par rapport aux niveaux de base obligatoire, dans des conditions de tarif optimal, qui feront l'objet d'un suivi régulier de leur part. Ils ont souhaité également garantir, dans des conditions privilégiées, le maintien des garanties santé au profit des anciens salariés, en dehors du dispositif de portabilité.

Au regard par ailleurs des dispositions de l'article R. 912-2, la branche s'est attachée à mettre en œuvre des prestations à caractère non directement contributif, qui soient adaptées aux problèmes de santé rencontrés dans la branche professionnelle.

Elle a également prévu que les salariés en apprentissage devront bénéficier gratuitement de la couverture santé mise en place.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord instaure, selon les modalités qui suivent, un nouveau régime de complémentaire santé à adhésion collective, obligatoire, responsable et solidaire, en procédant à la corecom-

mandation de deux organismes sélectionnés dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la convention collective du cartonnage du 9 janvier 1969.

Article 3

Obligations des entreprises

Toutes les entreprises relevant du champ d'application de l'accord doivent respecter, d'une part, le niveau des garanties et, d'autre part, la répartition employeur-salarié du financement instaurée par le présent accord.

Le présent accord institue des prestations minimales au bénéfice du salarié auxquelles les entreprises ne peuvent pas déroger dans un sens moins favorable.

Il institue également la possibilité, pour le salarié comme pour l'entreprise, de souscrire des prestations améliorées à un tarif fixé par l'accord.

Afin de garantir la mutualisation du présent régime, les entreprises sont invitées à rejoindre les organismes recommandés.

Dans l'hypothèse où les prestations actuellement souscrites par les entreprises ne seraient pas en conformité avec les dispositions du présent accord, elles disposeront d'un délai de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur pour se mettre à niveau, tant sur les prestations minimales que sur les possibilités d'amélioration des prestations et l'extension de la couverture aux ayants droit.

En cas de souscription du contrat d'assurance auprès d'un organisme assureur non recommandé, la proposition de l'assureur devra concerner tant la base conventionnelle que les options 1 et 2, même si l'entreprise ne met en place dans un cadre collectif et obligatoire que la base conventionnelle.

Les entreprises peuvent notamment décider, par accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale, conformément à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- d'améliorer le financement patronal édicté ;
- d'améliorer le contenu des prestations rendues obligatoires par le présent accord, en finançant par exemple tout ou partie des options proposées par le présent régime et les organismes assureurs recommandés ;
- de participer au financement de la couverture des ayants droit.

Article 4

Bénéficiaires du régime

4.1. Affiliation obligatoire des salariés

La complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés sous contrat de travail en cours, inscrits aux effectifs des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective, sous réserve de justifier de 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont assimilés à des salariés, peuvent s'affilier au présent régime.

Tout salarié qui ne demande pas à bénéficier d'une dispense dans les cas énumérés ci-après est affilié et doit cotiser.

Sur demande écrite du salarié peuvent être dispensés d'affiliation :

- les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, couverts par ailleurs par une assurance individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 et les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de leur embauche. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de la couverture ou de l'aide, ou jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient d'une couverture collective, y compris en tant qu'ayants droit, dans le cadre d'un dispositif de complémentaire santé conforme à ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et à condition d'en justifier chaque année.

Les salariés qui cessent de demander le bénéfice de la dérogation ou qui ne sont plus en mesure de présenter un justificatif de couverture seront alors tenus de cotiser.

Les entreprises doivent conserver :

- la demande du salarié de ne pas adhérer au présent régime, celle-ci mentionnant expressément qu'il a préalablement été informé des conséquences de son choix ;
- l'éventuel justificatif de couverture lorsqu'il est nécessaire.

4.2. Affiliation facultative des ayants droit

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime complémentaire santé, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), à charge au sens du contrat d'assurance.

Les conditions d'adhésion applicables sont formalisées par des contrats spécifiques dont les dispositions sont communiquées par les organismes recommandés aux signataires du présent avenant.

Article 5

Cotisations

Les cotisations mentionnées ci-dessous incluent les taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale, telle que la CMU, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation et telles qu'elles sont en vigueur à la date de signature du présent avenant.

Elles comprennent le financement du dispositif de portabilité tel qu'il est décrit à l'article 10.1.

Elles garantissent les prestations telles que décrites dans l'annexe I, selon les dispositions de la législation applicables à ce titre au jour de la signature du présent avenant.

En cas de modification de la législation applicable à ce type de garanties, aux cotisations y afférentes ou aux remboursements de l'assurance maladie, les dispositions du présent accord seront revues.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime frais de santé professionnel mis en œuvre par le présent accord, les parties signataires fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessous.

Les cotisations ci-après sont définies pour 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2016.

5.1. Cotisation obligatoire pour le salarié

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ». Les cotisations entre l'employeur et le salarié sont réparties à parts égales.

Les salariés ont la possibilité de souscrire à ces mêmes garanties au bénéfice de leurs ayants droit (enfant[s] et/ou conjoint) telles que définies ci-après.

En cas de souscription de la garantie par les ayants droit, aucune cotisation n'est due à partir du troisième enfant.

Au 1^{er} janvier 2016, les cotisations contractuelles afférentes au risque frais de santé obligatoire pour le salarié sont fixées en pourcentage du PMSS.

Cotisations obligatoires pour le salarié selon le choix de l'entreprise

(Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS.)

	BASE conventionnelle		OPTION 1		OPTION 2	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Salarié obligatoire	1,48	1,02	1,73	1,27	2,01	1,55
Conjoint (facultatif)	1,48	1,02	1,73	1,27	2,01	1,55
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,93	0,64	1,01	0,72	1,10	0,81

Quelle que soit la date de début ou de fin du contrat de travail, le montant de la cotisation est indivisible. Il est intégralement dû, quel que soit le nombre de jours de garantie.

5.2. Cotisations pour les options facultatives

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de souscrire à des garanties complémentaires que l'entreprise doit leur proposer afin d'améliorer la couverture obligatoire. Ces garanties complémentaires peuvent aussi être souscrites par les ayants droit du salarié.

La cotisation supplémentaire servant au financement de ces options ainsi que leurs éventuelles évolutions sont à la charge exclusive du salarié, sauf amélioration du régime mise en œuvre de manière collective obligatoire au sein de l'entreprise.

Les cotisations ont été négociées et fixées de la manière suivante :

(Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS.)

	OPTION 1		OPTION 2	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Salarié	0,27	0,27	0,57	0,57
Conjoint (facultatif)	0,27	0,27	0,57	0,57
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,09	0,09	0,18	0,18

Cotisations optionnelles pour le salarié si l'entreprise opte pour l'option 1

(Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS.)

	OPTION 2	
	Régime général	Régime local
Salarié	0,30	0,30
Conjoint (facultatif)	0,30	0,30
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,10	0,10

Article 6

Incidence de la suspension du contrat de travail

Dès lors que l'employeur maintient en tout ou partie la rémunération du salarié en cas de suspension du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation perdue et le montant de la cotisation reste appelé selon le taux et la répartition en vigueur.

Les garanties sont suspendues lorsque le salarié ne perçoit plus de rémunération par l'entreprise ou l'organisme assureur.

Le salarié peut alors adhérer individuellement auprès des organismes recommandés qui proposent un tarif identique aux actifs. Dans cette hypothèse, le salarié supporte l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale).

A l'issue de la suspension, les salariés concernés bénéficient à nouveau de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

Le traitement des suspensions du contrat de travail sur les options souscrites par le salarié, seul, relève des seules relations entre le salarié et les organismes recommandés.

Article 7

Prestations

Les garanties de complémentaire santé, résumées en annexe, ont été établies dans le cadre :

- des prestations minimales obligatoires prévues par les articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- et du contrat dit responsable défini par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

Les évolutions légales et réglementaires de ces dispositifs conduiront les partenaires sociaux par accord avec les organismes assureurs à réviser le niveau des prestations et/ou le niveau des cotisations.

Les prestations sont assurées, sans questionnaire ou visite médicale, à compter de la date d'effet de la garantie ou à compter de l'embauche du salarié.

L'ensemble des modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations est détaillé dans la notice d'information remise à chaque salarié.

Les compléments de garantie destinés à améliorer la couverture des salariés, ainsi que les options au profit des ayants droit doivent être proposés aux salariés et sont indissociables des prestations minimales.

Article 8

Information des salariés

Les organismes recommandés adressent la notice d'information à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser aux instances représentatives du personnel et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions.

Un exemplaire de la notice est remis à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du régime, une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise aux salariés.

Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou à mettre à jour la notice initiale.

Cette information devra être transmise à tous les salariés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par les organismes recommandés sous leur responsabilité.

Article 9

Cessation des garanties

Sous réserve des hypothèses de maintien de droits prévues par l'article 10, les présentes garanties cessent en cas de :

- rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- liquidation normale ou anticipée de la pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire du salarié ;
- décès du salarié, sous réserve de l'application de l'article 10.2 ;
- dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 10

Maintien de droits

10.1. Portabilité

Les garanties santé sont maintenues, conformément aux conditions et modalités prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage. Ce maintien est financé par un mécanisme de mutualisation avec les salariés en activité dans l'entreprise, qui ne nécessite aucune cotisation supplémentaire lors du départ du salarié.

L'entreprise adhérente signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Bénéficient de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail ;
- de l'ouverture de leurs droits à couverture chez l'entreprise adhérente avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail ;
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

L'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime (obligatoires, facultatives), au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Les garanties suivront les éventuelles évolutions applicables aux salariés actifs de l'entreprise adhérente. Les prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage auprès de l'organisation assureur. L'ancien salarié donc est tenu d'informer l'organisme assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à 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 et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois et telle qu'elle est explicitée dans le tableau suivant :

ANCIENNETÉ du salarié	DURÉE de la portabilité
Inférieure à 1 mois	0
1 mois	1 mois
1 mois et 15 jours	2 mois
3 mois	3 mois
Supérieure à 12 mois	12 mois

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximal de 12 mois ;
- à la date de reprise d'une nouvelle activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations chômage pour tout autre motif ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation au titre de l'assurance chômage par Pôle emploi (notamment en cas de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- en cas de décès du salarié.

10.2. Maintien de l'article 4 de la loi Evin

Tout salarié ayant quitté une entreprise affiliée au régime et se trouvant bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, est informé au terme de sa garantie par l'organisme auprès duquel il est affilié de la possibilité et des conditions dans lesquelles il peut bénéficier par adhésion formelle, individuelle et facultative, au régime frais de santé des anciens salariés mis en œuvre par les organismes assureurs, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le terme de son contrat de travail ou de son maintien de garanties au titre de la portabilité.

Les cotisations dues au titre de cette adhésion individuelle ne pourront être majorées au-delà de 135 % de la tarification retenue pour le salarié actif. Les cotisations dues pour le conjoint ne pourront être majorées au-delà de 135 %.

Les ayants droit d'un assuré décédé, bénéficiaires à titre facultatif, seront également informés par l'organisme assureur du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime et des mêmes conditions tarifaires, pendant une durée minimale de 12 mois, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès de l'assuré. Il revient à l'employeur d'informer l'assureur du décès du salarié.

Article 11

Degré élevé de solidarité

Le présent régime permet aux entreprises des salariés de la branche, au travers du degré élevé de solidarité que les partenaires sociaux ont défini, de bénéficier de prestations à caractère non contributif.

La commission nationale paritaire de négociation reprendra l'ensemble des dispositions générales relatives à la mise en place du degré élevé de solidarité, prévues par les articles R. 912-1 et R. 912-2, et plus particulièrement une prise en charge :

- totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur : à ce titre, sera pris en charge la totalité de la cotisation pour les apprentis ;
- d'actions de prévention arrêtées en lien avec les objectifs poursuivis par l'accord du 29 avril 2010 relatif à la sécurité au travail modifié par l'avenant n° 1 du 26 avril 2013 et les constats, études, préconisations qui pourraient être formulés par la commission paritaire de prévention des risques professionnels ;
- d'actions sociales à titre individuel et à titre collectif.

Le fonds constitué, à l'aide d'un financement égal à 2 % des cotisations de la base conventionnelle, est destiné à mettre en place ces dispositions dont les modalités d'attribution et règles de fonctionnement seront déterminées conformément à la réglementation en vigueur par la commission paritaire de négociation dans un règlement spécifique.

Article 12

Recommandation

En application des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une procédure de mise en concurrence a été organisée au terme de laquelle la commission sociale paritaire a procédé à la corecommandation de :

- l'APGIS, institution de prévoyance, agréée par le ministère chargé de la sécurité sociale sous le numéro 930, régie par l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale et dont le siège social est 12, rue Massue, 94684 Vincennes ;
- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise au code de la mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 538 518 473 et dont le siège social est 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront 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 maximal de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

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

Article 13

Suivi du régime

Une commission de suivi de la complémentaire santé et du système de recommandation est créée. Elle se fera assistée par le cabinet ARRA Conseil pour une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2016.

Elle est composée de trois représentants de chaque organisation syndicale représentative et d'un nombre équivalent de représentants du syndicat patronal.

Elle prend connaissance des rapports transmis, peut entendre les organismes recommandés sur l'évolution de la couverture complémentaire santé de la branche, sur les actions complémentaires à caractère non contributif développées et sur leurs incidences sur la santé des salariés.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour chaque exercice civil, les organismes recommandés établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant aux activités consolidées de toutes les entreprises adhérentes au régime frais de santé défini par les dispositions du présent avenant.

Ce rapport est adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Il reprend tant les éléments fixés par l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 que du décret n° 2015-752 du 24 juin 2015.

La commission peut proposer les évolutions qui lui paraissent pertinentes en vue d'améliorer la santé des salariés de la branche.

Article 14

Entrée en vigueur

Le présent avenant se substitue à l'avenant n° 136 du 11 février 2010.

Il est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet au plus tôt au premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Article 15

Dépôt. – Publicité

Conformément à l'article D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires, dont un sur support numérique à la direction des relations du travail de Paris et un remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Article 16

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 avenant et joindront conformément à l'article D. 912-13 du code de la sécurité sociale à leur demande les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence.

Fait à Paris, le 5 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Fédération française du cartonnage et articles de papeterie.

Syndicats de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FFSCEGA CFTC ;

FG FO construction ;

FIBOPA CFE-CGC.

ANNEXE I

PRESTATIONS DU RÉGIME

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale			
GARANTIES	BASE CONVENTIONNELLE	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION			
Honoraires Praticiens CAS (*)	250% BR	350% BR	450% BR
Honoraires Praticiens Non CAS (*)	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Chambre Particulière (y compris maternité)	60 €/ jour	80 €/ jour	100 €/ jour
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnant (enfant de -16 ans)	60 €/ jour	80 €/ jour	100 €/ jour
FRAIS MEDICAUX			
Consultation Généraliste CAS (*)	100% BR	150 % BR	200 % BR
Consultation Généraliste Non CAS (*)	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultation Spécialiste CAS (*)	170% BR	200% BR	250% BR
Consultation Spécialiste Non CAS (*)	150% BR	175% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie CAS (*)	170 % BR	200% BR	300% BR
Radiologie Non CAS (*)	150 % BR	175% BR	200% BR
Analyses	150% BR	200% BR	300% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	200% BR	300% BR
Actes Techniques médicaux CAS (*)	170% BR	200% BR	300% BR
Actes Techniques médicaux Non CAS (*)	150% BR	175% BR	200% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins dentaires avec dépassements Onlays, Inlays	150 % BR	200% BR	250% BR
Parodontologie non prise en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 €/ dent	400 €/ dent	500 €/ dent
Orthodontie prise en charge par le RO	300% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	200% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires remboursables dents du sourire	300% BR	375 % BR	475 % BR
Prothèses dentaires remboursables dents du fond	250% BR	300% BR	350% BR
Inlays-cores	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires non remboursables non prises en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 €/ dent	400 €/ dent	500 €/dent
Implantologie (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 €/ dent	400 €/ dent	500 €/dent
OPTIQUE (**)			
Montures	Grille Conventiionnelle	Grille Option 1	Grille Option 2
Verres unifocaux			
Verres multifocaux			
Lentilles acceptées (par paire)			
Lentilles refusées et jetables (par paire)	150 €/ an	250 €/ an	350 €/ an
Kératochirurgie (par oeil)	300 €	500 €	800 €
APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	100% BR + 400 €/ oreille	100% BR + 600 €/ oreille	100% BR + 800 €/ oreille
Appareillages et autres prothèses	100% BR + 400 €/ bénéf	100% BR + 600 €/ bénéf	100% BR + 800 €/ bénéf
ALLOCATIONS FORFAITAIRES			
Maternité	150 €	250 €	350 €
Cures prises en charge par le RO	100% BR	200% BR	300% BR
Vaccins non remboursés	Néant	100 €	150 €
Diététicien moins de 16 ans	Néant	50 €	100 €
Contraception	Néant	100 €	150 €
Ostéopathes - Chiropracteurs - Etiopathes - Acupuncteurs	25 euros 3x/an	35 euros 5x/an	50 euros 5x/an
Psychologue	Néant	35 euros 5x/an	50 euros 5x/an
Patch Anti Tabac	Néant	150 €	250 €
DIVERS			
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de Prévention (Arrêté du 8 juin 2006)	Tous	Tous	Tous
Assistance à domicile	OUI	OUI	OUI
Plateforme conseil	OUI	OUI	OUI

(*) Le site amelil.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins (CAS).

(**) Pour les mineurs (moins de 18 ans), un équipement par an. Pour les adultes, un équipement tous les deux ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable. Un équipement correspond à une monture et deux verres.

Nota: les délais en optique de 1 et 2 ans s'apprécient à la date de consommation

BR: Base de remboursement

RO: Régime Obligatoire

Grille optique conventionnelle

(En euros.)

GRILLE CONVENTIONNELLE	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	60	90
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	70	100
Sphère < - 10 ou > + 10	80	110
Verres simple foyer sphéro-cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	70	100
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	80	110
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	90	120
Cylindre > + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	100	130
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	130	160
Sphère < - 4 ou > + 4	140	170
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	150	180
Sphère < - 8 ou > + 8	160	190
Monture	80	100
(*) Le remboursement de l'assureur s'entend par verre. Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adultes), une paire tous les 2 ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable.		

Grille optique option n° 1

(En euros.)

GRILLE OPTION 1	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	80	110
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	90	120
Sphère < - 10 ou > + 10	100	130
Verres simple foyer sphéro-cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	90	120
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	100	130
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	110	140
Cylindre > + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	143	150
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		

GRILLE OPTION 1	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Sphère de - 4 à + 4	150	180
Sphère < - 4 ou > + 4	160	190
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	170	200
Sphère < - 8 ou > + 8	180	210
Monture	100	125
(*) Le remboursement de l'assureur s'entend par verre. Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adultes), une paire tous les 2 ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable.		

Grille optique option n° 2

(En euros.)

GRILLE OPTION 2	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	100	130
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	110	140
Sphère < - 10 ou > + 10	120	150
Verres simple foyer sphéro-cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	110	140
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	120	150
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	130	160
Cylindre > + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	163	170
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	170	200
Sphère < - 4 ou > + 4	180	210
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	190	220
Sphère < - 8 ou > + 8	200	230
Monture	125	150
(*) Le remboursement de l'assureur s'entend par verre. Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adultes), une paire tous les 2 ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable.		

ANNEXE II

Article 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. »