

Accord professionnel
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Champagne-Ardenne)
(3 juillet 2009)

(Etendu par arrêté du 18 janvier 2010,
Journal officiel du 23 janvier 2010)

AVENANT N° 4 DU 30 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697011M

Entre :

La FRSEA de Champagne-Ardenne ;

La FRCUMA de Champagne-Ardenne,

D'une part, et

L'UPRA CFDT ;

La CFTC-Agri ;

La FNAF CGT ;

La FGTA FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Modifications de l'article 3 « Durée et entrée en vigueur » de l'accord régional

Les alinéas 2 et 3 de l'article 3 « Durée et entrée en vigueur » sont abrogés.

Article 2

Modifications de l'article 4 « Salariés bénéficiaires » de l'accord régional

Les mots : « 6 mois » du 1^{er} alinéa de l'article 4 « Salariés bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « 3 mois ».

Le 4^e alinéa « Dispositions transitoires » est abrogé.

Article 3

Modifications de l'article 5 « Dispenses d'affiliation » de l'accord régional

Le 1^{er} alinéa ainsi que les points 1 à 6 de l'article 5 sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense

d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur, en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- 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, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) 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 complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - 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).

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du présent accord, le bénéficiaire sera affilié au titre d'un seul employeur. Sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié, cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord. Ce dernier prendra en charge la part patronale de la cotisation définie ci-après.

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. »

Les deux premiers alinéas du paragraphe « Justification des renoncements au régime » sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 4, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'avenant n° 4, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté. »

Article 4

Modifications de l'article 6 « Adhésion au régime optionnel supplémentaire » de l'accord régional

Les dispositions de l'article 6 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'adhésion à l'option couverture supplémentaire décrite en annexe II est ouverte à tout salarié bénéficiaire du régime, sans examen médical préalable, par la signature d'un bulletin d'adhésion adressé à l'organisme assureur. »

Article 5

Modifications de l'article 7 « Garanties » de l'accord régional

Les 3^e et 4^e alinéas de l'article 7 sont abrogés et remplacés par les paragraphes ci-après :

« Ces régimes s'inscrivent dans le cadre des dispositifs législatifs relatifs :

- aux contrats dits “responsables” définis par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application ;
- au panier de soins minimum défini par la loi sur la sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 6

Abrogation de l'article 8 « Gestion du régime » de l'accord régional

L'article 8 « Gestion du régime » est abrogé.

En conséquence, les articles 9 à 12 deviennent les articles 8 à 11 et l'article 14 devient l'article 12.

Article 7

Modifications de l'article 9 « Antériorité » de l'accord régional

Le contenu de l'article 9 est abrogé et remplacé par les dispositions ci-après :

« Les employeurs disposant déjà d'une assurance complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comportant des dispositions moins favorables au présent accord,

devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties afin de répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales rendues obligatoires par le présent accord ;
- de conditions d'accès (ancienneté...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé, elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet. »

Article 8

Modifications de l'article 10 « Cotisations » de l'accord régional

Le point 1 de l'article 10 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Régime de base

Le taux d'appel de la cotisation mensuelle destinée au financement des prestations du régime de base obligatoire définies dans l'annexe I est réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Régime optionnel supplémentaire

L'adhésion facultative au régime optionnel supplémentaire, défini dans l'annexe II, entraîne une cotisation supplémentaire, laquelle, ayant un caractère facultatif, ne bénéficie pas du régime social et fiscal attaché par la loi aux régimes obligatoires. Elle est intégralement à la charge du salarié.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- de rendre obligatoire la couverture optionnelle frais de santé ;
- de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif régional obligatoire frais de santé (garanties supérieures, identiques ou non, aux options régionales facultatives stipulées au présent accord),

ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale). Ayant un caractère obligatoire, les cotisations bénéficient du régime social et fiscal attaché par la loi aux régimes obligatoires. »

Le point 2 « Collecte » est supprimé. Ainsi :

- le point 3 « Suspension du contrat de travail » devient un point 2 ;
- le point 4 « Portabilité » devient un point 3.

Article 9

Modification du point 4 de l'article 10 « Cotisations » de l'accord régional

Le point 4 « Portabilité » de l'article 10 devient un point 3, dont le contenu est remplacé par les dispositions suivantes :

« Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé et prévoyance, 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.

« 3.1. Durée. – Limites

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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

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

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de la couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé et prévoyance prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

3.2. Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garanties.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail de l'intéressé.

3.3. Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues aux présents paragraphes, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

3.4. Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Le maintien des garanties du régime obligatoire est financé par les cotisations du régime obligatoire des salariés en activité.

Le maintien des garanties du régime optionnel est financé par les cotisations du régime optionnel des salariés en activité.

Les effectifs ainsi que les prestations versées au titre de la portabilité font l'objet d'un suivi spécifique sur des lignes distinctes du bilan. »

Article 10

*Ajout d'un point 4 « Dispositifs de prévention et d'action sociale »
à l'article 10 « Cotisations » de l'accord régional*

Après le point 3 « Portabilité » de l'article 10 est ajouté un point 4 « Dispositifs de prévention et d'action sociale » ainsi rédigé :

« 4. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit, le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;

- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle-retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d’Alzheimer) ;
- un dispositif d’aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas d’handicap, de chômage, de perte d’autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d’aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l’exploitation agricole, en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini au point 2 de l’article 10. »

Article 11

Modification du point « Anciens salariés » de l’article 11 « Adhésions volontaires » de l’accord régional

Le dernier alinéa du paragraphe « Salariés n’ayant pas l’ancienneté requise » est abrogé.

La dernière phrase du point 1 du paragraphe « Anciens salariés » est supprimée.

Les termes « pour une cotisation fixée à 3,30 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). » du point 2 du paragraphe « Anciens salariés » sont abrogés.

Article 12

Abrogation de l’article 13 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » de l’accord régional

L’article 13 est abrogé.

Article 13

Modification de l’annexe I de l’accord régional

Afin de répondre aux exigences de panier de soins minimum du contrat responsable ainsi qu’aux garanties définies par l’avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l’accord national du 10 juin 2008 sur « une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d’un régime de prévoyance », le tableau de l’annexe I « Tableau des garanties. – Régime obligatoire » de l’accord régional est remplacé par le tableau joint à l’annexe I du présent avenant.

Article 14

Modification de l’annexe II de l’accord régional

Le tableau de l’annexe II « Tableau des garanties. – Régime optionnel supplémentaire » de l’accord régional est remplacé par le tableau joint à l’annexe II du présent avenant.

Article 15

Entrée en vigueur et dépôt

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d’extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Il sera déposé à la DIRECCTE, unité territoriale de la Marne.

Article 16

Extension

Les parties signataires demandent l’extension du présent avenant.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 30 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABEAU DES GARANTIES

Régime obligatoire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)
	MSA Hors Alsace Moselle	MSA Alsace Moselle	Socle obligatoire
Frais médicaux			
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70%	90%	200 % BR (non CAS) 290 % BR (CAS)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)	70%	90%	200 % BR (non CAS) 290 % BR (CAS)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) (1)	70%	90%	200 % BR (non CAS) 290 % BR (CAS)
Sages-femmes	70%	90%	290 % BR
Auxiliaires médicaux	60%	90%	290 % BR
Analyses médicales	60% ou 100%	90% à 100%	290 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	Néant
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	90%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	80%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	15%	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant
Hospitalisation (conventionné ou non)			
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% à 100%	100%	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100%	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	25 € / jour
	Maternité	-	25 € / jour
	Psychiatrie	-	25 € / jour

Chambre particulière en ambulatoire			15 € / jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	Néant
Maternité ⁽²⁾	-	-	1/3 PMSS
Frais de transport	65%	65%	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	100% BR
Dentaire			
Soins Dentaires	70%	90%	200 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70%	90%	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)	-	-	200 €/An
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% à 100%	90% à 100%	200 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	200 €/An
Optique			
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (3)			Tous les 2 ans
Monture seule	60%	90%	455 % BR
2 verres simples classe (a) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €
2 verres complexes classe (b) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €
2 verres très complexes classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% à 60%	0% ou 90%	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Neant
Prothèse hors dentaire			

Prothèse auditive (hors entretien)	60%	90%	200 % BR + 300 €/An
Autres prothèses et petit appareillage	60%	90%	100 % BR
Gros appareillage	100%	100%	100 % BR
Fourniture médicale et pansement	60%	90%	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre $\leq + 4,00$ dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre $> + 4,00$ dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries

(4) Y compris forfait monture

ANNEXE II

TABEAU DES GARANTIES

Régime optionnel supplémentaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE		
	MSA Hors Alsace Moselle	MSA Alsace Moselle	Option 1
Frais médicaux			
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70%	90%	200 % BR (non CAS) Frais réels (CAS)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)	70%	90%	200 % BR (non CAS) Frais réels (CAS)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) (1)	70%	90%	200 % BR (non CAS) Frais réels (CAS)
Sages-femmes	70%	90%	Frais réels
Auxiliaires médicaux	60%	90%	Frais réels
Analyses médicales	60% ou 100%	90% à 100%	Frais réels
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	20 par séances / 4 par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	90%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	80%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	15%	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant
Hospitalisation (conventionné ou non)			
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% à 100%	100%	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	Frais réels (CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (non CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100%	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR

Chambre particulière	Hospitalisation (<i>hors maternité et psychiatrie</i>)	-	-	30 € / jour
	Maternité	-	-	55 € / jour
	Psychiatrie	-	-	30 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire				15 € / jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		-	-	25 € / jour
Maternité ⁽²⁾		-	-	1/3 PMSS
Frais de transport		65%	65%	100% BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65% à 70%	65% à 90%	100% BR + 200 €/An
Dentaire				
Soins Dentaires		70%	90%	Frais réels
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)		70%	90%	200 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)		70%	90%	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)		70%	90%	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)		-	-	400 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)		-	-	Néant
Orthodontie (acceptée par le régime de base)		70% à 100%	90% à 100%	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)		-	-	400 € / an / bénéficiaire
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (3)				Tous les 2 ans
Monture seule		60%	90%	60 % / 90% BR + 100 €
2 verres simples classe (a) (4)		60%	90%	60 % / 90% BR + 200 €
2 verres complexes classe (b) (4)		60%	90%	60 % / 90% BR + 400 €
2 verres très complexes classe (c) (4)		60%	90%	60 % / 90% BR + 400 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (4)		60%	90%	60 % / 90% BR + 300 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (4)		60%	90%	60 % / 90% BR + 400 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (4)		60%	90%	60 % / 90% BR + 400 €

Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% à 60%	0% ou 90%	100 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Néant
Prothèse hors dentaire			
Prothèse auditive (hors entretien)	60%	90%	200 % BR + 650 € / an / bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60%	90%	165 % BR
Gros appareillage	100%	100%	100 % BR
Fourniture médicale et pansement	60%	90%	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre $\leq + 4,00$ dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre $> + 4,00$ dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(4) Y compris forfait monture