

Accord national
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
(24 novembre 2015)

ACCORD NATIONAL DU 24 NOVEMBRE 2015

RELATIF À LA MISE EN PLACE, POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES SCIERIES AGRICOLES ET EXPLOITATIONS FORESTIÈRES, DE GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPTIONNELLES FACULTATIVES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 4.4 DE 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

NOR : AGRS1697027M

PRÉAMBULE

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs agricoles signataires du présent accord, à la suite de la signature de 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, ont souhaité disposer de garanties optionnelles facultatives spécifiques et différentes de celles figurant à l'annexe de l'avenant n° 4 et qui s'y substituent.

A ce titre, le présent accord a été négocié pour pouvoir définir en application des dispositions de l'article 4.4 « Niveau des garanties du dispositif frais de santé » des options qui permettent des niveaux de garanties supérieurs au socle national minimum obligatoire, qui constitueront un dispositif indépendant et autonome.

L'objectif poursuivi est de permettre aux entreprises et aux salariés qui le souhaitent de pouvoir avoir recours à un niveau de garanties plus favorable que les garanties du socle national minimum obligatoire qui pourront être souscrites à titre purement facultatif par les entreprises et les salariés intéressés.

Ces options relatives à la couverture frais de santé pourront être mises en œuvre aussi bien à titre obligatoire pour les entreprises qui le souhaitent, que facultativement par les salariés intéressés.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (DROM-COM), aux salariés non cadres visés à l'article 4.1 et à l'article 5.1 de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 ayant une activité définie à l'article L. 722-1-3° du code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'Office national des forêts).

Article 2

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé optionnelles et facultatives, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application de l'accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Article 3

Niveau des garanties optionnelles et facultatives du dispositif frais de santé

Toutes les garanties optionnelles et facultatives frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié bénéficiaire du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus aux annexes I (socle national minimum obligatoire), II et III comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Ainsi, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ainsi que les employeurs auront la possibilité de mettre en place, s'ils le souhaitent, à titre obligatoire l'une des garanties optionnelles facultatives du présent dispositif frais de santé, ou pour les salariés intéressés à titre facultatif, permettant ainsi d'améliorer les prestations des garanties collectives du socle national minimum obligatoire applicable aux salariés, tel que prévu par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 visé ci-dessus.

La nature et le montant des prestations de la couverture socle et optionnelle sont détaillés dans les tableaux en annexes I, II et III du présent accord.

Article 4

Bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-1 (5°) du code de la sécurité sociale et du 6° du I. – A de l'article 1^{er} de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord – ainsi que la cotisation qui la finance –, des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, sont adaptées compte tenu du niveau des garanties assuré par ce régime local.

Article 5

Financement du dispositif frais de santé

1. Dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du « socle national minimum obligatoire » frais de santé définies par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 – au titre du seul salarié – est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du « socle national minimum obligatoire », il devra en assurer la totalité du financement.

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 :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du « socle national minimum obligatoire » (garanties supérieures, identiques ou non, aux options nationales facultatives stipulées au présent accord),

ledit employeur pourra prendre en charge une partie de la cotisation relative à la couverture complémentaire optionnelle, selon des modalités qui lui permettent de bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation en vigueur.

2. Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit.

Pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites par les dispositions réglementaires et de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 6

Dispositions complémentaires

Les organisations signataires du présent accord conviennent que les autres dispositions de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 relatives notamment à la définition des ayants droit, aux cas de dispense d'adhésion aux dispositifs frais de santé, à la portabilité, à l'action sociale et aux autres modalités relatives à la mise en œuvre du dispositif frais de santé restent inchangées.

Article 7

Dispositions complémentaires

1. Date d'effet

Le présent accord prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

2. Dépôt. – Extension

Les parties signataires demandent à la partie patronale la plus diligente d'effectuer le dépôt à la DIRECCTE et au greffe du conseil de prud'hommes de Paris ainsi que les procédures de demande d'extension du présent accord.

L'ensemble des partenaires sociaux de la profession recevront copie des récépissés de dépôt et de la demande d'extension.

3. Clause de sauvegarde

En cas de dispositions ultérieures de nature législative, réglementaire ou conventionnelle ayant une incidence sur le présent accord postérieure à sa date de signature, les partenaires sociaux signataires du présent texte conviennent de se réunir afin de procéder au réexamen de ces dispositions.

4. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

5. Adhésion

Toute organisation syndicale ou toute entreprise peut adhérer ultérieurement au présent accord dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article L. 2261-3 du code du travail.

6. Dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra être dénoncé, par l'une ou l'autre des parties signataires, moyennant un préavis de 3 mois dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

En cas de dénonciation par la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, la nouvelle négociation doit s'engager dans les 3 mois qui suivent la date de la dénonciation.

Fait à Paris, le 24 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNEDT ;

FNB ;

FPE.

Syndicats de salariés :

FGA CFDT ;

FGTA FO ;

CFTC-Agri ;

SNCEA CFE-CGC.

ANNEXE I

RAPPEL DU SOCLE MINIMAL OBLIGATOIRE

Garanties "socle" et "options" sous déduction du régime MSA		GARANTIES DE L'AVENANT DU 15 SEPTEMBRE 2015 (remboursement y compris les prestations du régime obligatoire)		
		MSA	Remboursement complémentaire	TOTAL SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE
SOINS COURANTS				
Généraliste / Spécialiste (CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR
Généraliste / Spécialiste (hors CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR
Acte Technique (CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR
Acte Technique (hors CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) CAS (1)		70% BR	30% BR	100% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) hors CAS (1)		70% BR	30% BR	100% BR
Sages-femmes		70% BR	30% BR	100% BR
Auxiliaire médical		60% BR	40% BR	100% BR
Analyse médicale		60% ou 70% BR	40% ou 30% BR	100% BR
Médecine douce (ostéo, acu, chiro)		-	-	-
Actes de prévention (2)		De 35% à 70%	65% ou 30% BR	100% BR
Sevrage tabagique		-	-	-
Pharmacie	SMR majeur	65% BR	35% BR	100% BR
	SMR modéré	30% BR	70% BR	100% BR
	SMR faible	15% BR	85% BR	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	-	-
HOSPITALISATION (conventionné ou non) (3)				
Frais de séjour		80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Honoraire médical et chirurgical		80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires (CAS) (1)		-	155% BR	155% BR
Dépassements d'honoraires (hors CAS) (1)		-	100% BR	100% BR
Forfait Journalier		-	100% FR	100% FR
Forfait de 18 € sur les actes lourds (coeff ≥ 60 et ≥ 120 €)		-	100% FR	100% FR
Chambre particulière		-	25 € / jour	25 € / jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		-	-	-
Frais de transport		65% BR	35% BR	100% BR
Maternité (4)		-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Chambre particulière Maternité		-	25 € / jour	25 € / jour
Psychiatrie (chambre particulière)		-	25 € / jour	25 € / jour
Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65% BR à 70% BR	-	65% BR à 70% BR

DENTAIRE			
Soins Dentaires	70% BR	30 % BR	100% BR
Inlay Core (acceptés par le régime de base)	70% BR	55 % BR	125% BR
Prothèse dentaire acceptée	70% BR	140% BR + 300€/an	210% BR + 300 €/an
Prothèse dentaire refusée (y/c implantologie)	-	-	-
Parodontologie refusée	-	-	-
Orthodontie acceptée	70% BR ou 100% BR	55% BR ou 25% BR	125% BR
Orthodontie refusée	-	-	-
Inlays Onlays (acceptés par le régime de base)	70% BR	30% BR	100% BR
OPTIQUE			
Fréquence de prise en charge			Tous les 2 ans ⁽⁵⁾
Monture seule	60% BR	395% BR	455% BR
2 verres simples classe (a)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €
2 verres complexes classe (b)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €
2 verres très complexes classe (c)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €
Lentilles (refusées et acceptées par la SS)	Néant ou 60% BR	40% BR+ 100€	100% BR + 100 €
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-
PROTHESE HORS DENTAIRE			
Prothèse auditive	60% BR	40% BR	100% BR
Autres prothèses et petit appareillage	60% BR ou 100% BR	40% BR ou 0% BR	100% BR
Gros appareillage	100% BR	-	100% BR
Fourniture médicale et pansement	60% BR	40% BR	100% BR

Légende :

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

(4) Dans la limite des frais réellement engagés

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

(a) Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre ≤ + 4,00

(b) Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre > + 4,00 et verres multifocaux ou progressifs

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

Il est dérogé au présent tableau des garanties en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés.

ANNEXE II

SOCLE MINIMAL OBLIGATOIRE

Option 1

Garanties "socle" et "options" sous déduction du régime MSA		GARANTIES DE L'AVENANT DU 15 SEPTEMBRE 2015 (remboursement y compris les prestations du régime obligatoire)			REGIME 1 (Accord du 24 11 2015)	
		MSA	Remboursement complémentaire	TOTAL SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE REGIME 1	TOTAL REGIME 1 (y/c remboursement du socle national)
SOINS COURANTS						
Généraliste / Spécialiste (CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	50 % BR	150% BR
Généraliste / Spécialiste (hors CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	30% BR	130% BR
Acte Technique (CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	-	100% BR
Acte Technique (hors CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	-	100% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) CAS (1)		70% BR	30% BR	100% BR	-	100% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) hors CAS (1)		70% BR	30% BR	100% BR	-	100% BR
Sages-femmes		70% BR	30% BR	100% BR	-	100% BR
Auxiliaire médical		60% BR	40% BR	100% BR	-	100% BR
Analyse médicale		60% ou 70% BR	40% ou 30% BR	100% BR	-	100% BR
Médecine douce (ostéo, acu, chiro)		-	-	-	-	-
Actes de prévention (2)		De 35% à 70%	65% ou 30% BR	100% BR	-	100% BR
Sevrage tabagique		-	-	-	-	-
Pharmacie	SMR majeur	65% BR	35% BR	100% BR	-	100% BR
	SMR modéré	30% BR	70% BR	100% BR	-	100% BR
	SMR faible	15% BR	85% BR	100% BR	-	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		-	-	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	-	-	-	-
HOSPITALISATION (conventionné ou non) (3)						
Frais de séjour		80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR	50 % BR	150% BR
Honoraire médical et chirurgical		80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR	-	100% BR
Dépassements d'honoraires (CAS) (1)		-	155% BR	155% BR	-	155% BR
Dépassements d'honoraires (hors CAS) (1)		-	100% BR	100% BR	-	100% BR
Forfait Journalier		-	100% FR	100% FR	-	100% FR
Forfait de 18 € sur les actes lourds (coeff ≥ 60 et ≥ 120 €)		-	100% FR	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière		-	25 €/ jour	25 €/ jour	15 € par jour (max 60 jours / an) puis 25€	40 € par jour (max 60 jours / an) puis 25 €
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		-	-	-	-	-

Frais de transport	65% BR	35% BR	100% BR	-	100% BR
Maternité (4)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	-	1/3 PMSS
Chambre particulière Maternité	-	25 €/ jour	25 €/ jour	-	25 €/ jour
Psychiatrie (chambre particulière)	-	25 €/ jour	25 €/ jour	-	25 €/ jour
Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% BR à 70% BR	-	65% BR à 70% BR	-	65% BR à 70% BR
DENTAIRE					
Soins Dentaires	70% BR	30 % BR	100% BR	25%BR	125% BR
Inlay Core (acceptés par le régime de base)	70% BR	55 % BR	125% BR	25%BR	150% BR
Prothèse dentaire acceptée	70% BR	140% BR + 300€ / an	210% BR + 300 €/ an	50€/ an	210% BR + 350 €/ an
Prothèse dentaire refusée (y/c implantologie)	-	-	-	-	-
Parodontologie refusée	-	-	-	-	-
Orthodontie acceptée	70% BR ou 100% BR	55% BR ou 25% BR	125% BR	25%BR	150% BR
Orthodontie refusée	-	-	-	25%BR	25%BR
Inlays Onlays (acceptés par le régime de base)	70% BR	30% BR	100% BR	25%BR	125% BR
OPTIQUE					
Fréquence de prise en charge			Tous les 2 ans ⁽⁵⁾		Tous les 2 ans ⁽⁵⁾
Monture seule	60% BR	395% BR	455% BR	-	455% BR
2 verres simples classe (a)	60% BR	200€/y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
2 verres complexes classe (b)	60% BR	200€/y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
2 verres très complexes classe (c)	60% BR	200€/y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b)	60% BR	200€/y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c)	60% BR	200€/y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)	60% BR	200€/y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
Lentilles (refusées et acceptées par la SS)	Néant ou 60% BR	40% BR+ 100€	100% BR + 100 €	100 €/ an	100% BR + 200 €/ an
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-		
PROTHESE HORS DENTAIRE					
Prothèse auditive	60% BR	40% BR	100% BR	-	100% BR
Autres prothèses et petit appareillage	60% BR ou 100% BR	40% BR ou 0% BR	100% BR	-	100% BR
Gros appareillage	100% BR	-	100% BR	-	100% BR
Fourniture médicale et pansement	60% BR	40% BR	100% BR	-	100% BR

Légende :

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

(4) Dans la limite des frais réellement engagés

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

(a) Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre $\leq + 4,00$

(b) Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre $> + 4,00$ et verres multifocaux ou progressifs

(c) Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de $- 8,00$ à $+ 8,00$ ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $- 4,00$ à $+ 4,00$.

Il est dérogé au présent tableau des garanties en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés.

ANNEXE III

SOCLE MINIMAL OBLIGATOIRE

Option 2

Garanties "socle" et "options" sous déduction du régime MSA		GARANTIES DE L'AVENANT DU 15 SEPTEMBRE 2015 (remboursement y compris les prestations du régime obligatoire)			REGIME 2 (Accord du 24 11 2015)	
		MSA	Remboursement complémentaire	TOTAL SOCLE NATIONAL MINIMUM OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE REGIME 2	TOTAL REGIME 2 (y/c remboursement du socle national)
SOINS COURANTS						
Généraliste / Spécialiste (CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	100 % BR	200% BR
Généraliste / Spécialiste (hors CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	80% BR	180% BR
Acte Technique (CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	50% BR	150% BR
Acte Technique (hors CAS) (1)		70% BR	30% BR	100% BR	30% BR	130% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) CAS (1)		70% BR	30% BR	100% BR	50% BR	150% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) hors CAS (1)		70% BR	30% BR	100% BR	30% BR	130% BR
Sages-femmes		70% BR	30% BR	100% BR	50% BR	150% BR
Auxiliaire médical		60% BR	40% BR	100% BR	50% BR	150% BR
Analyse médicale		60% ou 70% BR	40% ou 30% BR	100% BR	-	100% BR
Médecine douce (ostéo, acu, chiro)		-	-	-	25 € par séance (max 2 séances /an)	25 € par séance (max 2 séances /an)
Actes de prévention (2)		De 35% à 70%	65% ou 30% BR	100% BR	-	100% BR
Sevrage tabagique		-	-	-	-	-
Pharmacie	SMR majeur	65% BR	35% BR	100% BR	-	100% BR
	SMR modéré	30% BR	70% BR	100% BR	-	100% BR
	SMR faible	15% BR	85% BR	100% BR	-	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		-	-	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	-	-	-	-
HOSPITALISATION (conventionné ou non) (3)						
Frais de séjour		80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR	50 % BR	150% BR
Honoraire médical et chirurgical		80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR	-	100% BR
Dépassements d'honoraires (CAS) (1)		-	155% BR	155% BR	25% BR	180% BR
Dépassements d'honoraires (hors CAS) (1)		-	100% BR	100% BR	-	100% BR
Forfait Journalier		-	100% FR	100% FR	-	100% FR
Forfait de 18 € sur les actes lourds (coeff ≥ 60 et ≥ 120 €)		-	100% FR	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière		-	25 €/ jour	25 €/ jour	15 € par jour (max 60 jours / an) puis 25€	40 € par jour (max 60 jours / an) puis 25€
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		-	-	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais de transport		65% BR	35% BR	100% BR	-	100% BR
Maternité (4)		-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	-	1/3 PMSS
Chambre particulière Maternité		-	25 €/ jour	25 €/ jour	-	25 €/ jour
Psychiatrie (chambre particulière)		-	25 €/ jour	25 €/ jour	-	25 €/ jour
Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65% BR à 70% BR	-	65% BR à 70% BR	-	65% BR à 70% BR
DENTAIRE						
Soins Dentaires		70% BR	30 % BR	100% BR	75%BR	175 BR%
Inlay Core (acceptés par le régime de base)		70% BR	55 % BR	125% BR	50%BR	175 BR%
Prothèse dentaire acceptée		70% BR	140% BR + 300€/ an	210% BR + 300 €/ an	150% +50 €/an	360% BR + 350 €/an
Prothèse dentaire refusée (y/c implantologie)		-	-	-	-	,
Parodontologie refusée		-	-	-	-	-

Orthodontie acceptée	70% BR ou 100% BR	55% BR ou 25% BR	125% BR	75%BR	200% BR
Orthodontie refusée	-	-	-	75%BR	75% BR
Inlays Onlays (acceptés par le régime de base)	70% BR	30% BR	100% BR	75%BR	175% BR
OPTIQUE					
Fréquence de prise en charge			Tous les 2 ans ⁽⁵⁾		Tous les 2 ans ⁽⁵⁾
Monture seule	60% BR	395% BR	455% BR	-	455% BR
2 verres simples classe (a)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
2 verres complexes classe (b)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
2 verres très complexes classe (c)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c)	60% BR	200€ y/c 40% BR	200 €	100 €/ an	300 €/ an
Lentilles (refusées et acceptées par la SS)	Néant ou 60% BR	40% BR+ 100€	100% BR + 100 €	100 €/ an	100% BR + 200 € / an
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-		
PROTHESE HORS DENTAIRE					
Prothèse auditive	60% BR	40% BR	100% BR	200€/ an	100% BR + 200€/ an
Autres prothèses et petit appareillage	60% BR ou 100% BR	40% BR ou 0% BR	100% BR	-	100% BR
Gros appareillage	100% BR	-	100% BR	-	100% BR
Fourniture médicale et pansement	60% BR	40% BR	100% BR	-	100% BR

Légende :

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

(4) Dans la limite des frais réellement engagés

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

(a) Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre \leq + 4,00

(b) Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre $>$ + 4,00 et verres multifocaux ou progressifs

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

Il est dérogé au présent tableau des garanties en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés.