

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Picardie et Aisne)
(17 juin 2009)

(Etendu par arrêté du 11 décembre 2009,
Journal officiel du 23 décembre 2009)

AVENANT N° 3 DU 16 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697042M

Entre :

La FDSEA de l'Oise, la FDSEA de la Somme et l'union des syndicats agricoles de l'Aisne ;

Le syndicat des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne ;

Les entrepreneurs des territoires de Picardie ;

Les FDCUMA de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme ;

La fédération des propriétaires forestiers et sylviculteurs de l'Aisne,

D'une part, et

L'union régionale FGA CFDT ;

La CFTC-Agri de Picardie ;

La FGTA FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations suite à la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;
- de l'obligation de se conformer aux nouvelles dispositions réglementaires édictées afin de respecter la couverture minimale de garantie dite « panier de soins ANI » telle que définie par le décret

n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;

- de l'obligation de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contenu des contrats complémentaire santé « responsables » bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015,

et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, les modifications qui suivent sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord régional du 17 juin 2009.

Article 1^{er}

Le texte du 1^{er} alinéa de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » de l'accord du 17 juin 2009 est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;
- ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

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.

Dans le cas du passage d'un contrat à durée déterminée (CDD) à un contrat à durée indéterminée (CDI), l'ancienneté est calculée à partir de la date d'embauche en CDD du salarié.

Par dérogation à ce qui précède, les salariés nouvellement embauchés ayant quitté un emploi depuis moins de 3 mois et pour lequel ils bénéficiaient de l'assurance complémentaire frais de santé prévue par l'accord régional du 17 juin 2009 peuvent être affiliés à l'assurance complémentaire frais de santé dès la date de leur embauche.

Ce droit ne devient toutefois effectif qu'à partir de la date à laquelle le salarié, ayant fait connaître sa situation auprès de l'employeur, lui en fait la demande. Ce dernier sollicitera alors l'organisme gestionnaire du régime qui effectuera auprès de l'organisme en charge de l'affiliation des salariés une demande de dérogation. »

Article 2

A partir de son 4^e alinéa, le texte de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Dispense d'affiliation des salariés

Ont, par ailleurs, la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas adhérer au présent régime les salariés se trouvant dans l'un des cas ci-dessous :

- 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 la

justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 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 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 (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :
 - 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 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).

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

Cas particulier. – Salarié à employeurs multiples

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la couverture complémentaire santé. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et les salariés concernés.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture complémentaire santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites ci-avant, 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.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, les nouveaux 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, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'avenant, 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 de 3 mois d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Dispense d'affiliation des ayants droit

Pour les bénéficiaires du "régime familial", l'affiliation des ayants droit est obligatoire sauf si l'ayant droit, à condition de le justifier chaque année, bénéficie pour les mêmes risques d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire cités ci-avant (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié).

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Définition des ayants droit

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution

- de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
 - les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié, à condition d'être à charge du salarié au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur. »

Article 3

Les modifications suivantes sont apportées au paragraphe 1 « Taux de cotisations et répartition » de l'article 8 « Cotisations » :

- « Le taux global des cotisations destinées au financement des prestations est réparti comme suit :
- 50 % à la charge de l'employeur, sur la cotisation "salarié seul" ;
 - 22 % à la charge de l'employeur, sur la cotisation "salarié et sa famille".

La participation de l'employeur sur la cotisation "salarié et sa famille" doit être supérieure à 50 % de la cotisation "salarié seul". »

Article 4

Le texte du paragraphe 3 « Suspension du contrat de travail » de l'article 8 « Cotisations » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence 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 financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 5

Les dispositions de l'article 8 « Cotisations » sont complétées par le paragraphe suivant :

« 6. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles 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 de 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 paragraphe 3 “Suspension du contrat de travail” de l'article 8 “Cotisations”. »

Article 6

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel ainsi que les obligations du contrat responsable, et celles relatives à la complémentaire santé minimale, sont présentés dans les annexes jointes au présent avenant.

Article 7

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Amiens, le 16 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO), sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Frais médicaux Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes : – adhérents au CAS 60 % BR – non adhérents au CAS (y compris non conventionné) 40 % BR Actes de spécialités : – médecins adhérents au CAS 60 % BR – médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionné) 40 % BR Sages-femmes 60 % BR Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages/pédicures, orthophonistes, orthoptistes 40 % BR Analyses, examens de laboratoire 40 % BR Radiographie, électroradiologie : – médecins adhérents au CAS 40 % BR – médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionnés) 30 % BR Actes de prévention responsable (en fonction du taux de remboursement du RO) De 30 % à 65 % BR	
Pharmacie Pharmacie remboursée à 65 %, 30 %, 15 % par le RO	100 % TM
Optique Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période de 1 an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue Verres simples ⁽¹⁾ 330 € Verres mixtes simple/complexes ⁽²⁾ 360 € Verres mixtes simple/très complexes ⁽³⁾ 360 € Verres complexes 390 € Verres mixtes complexes/très complexes 390 €	

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
Verres très complexes	400 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	TM + 100 €
Dentaire Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Soins – hors inlay/onlay – inlay/onlay Orthodontie prise en charge par le RO	140 % BR + 350 € par an 30 % BR 30 % BR 200 % BR
Appareillage Prothèses médicales et orthopédiques (hors audio-prothèses) Frais d'appareillage (hors optique) Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO	 40 % BR 40 % BR
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de séjour – secteur conventionné – secteur non conventionné Honoraires actes de chirurgie : – médecins adhérents au CAS – médecins non adhérents au CAS (y compris non conventionnés) Chambre particulière (y compris maternité) Forfait hospitalier Frais d'accompagnement (lit + repas)	 100 % TM 100 % TM TM + 155 % BR TM + 100 % BR 40 € par jour 100 % FR dès le premier jour 25 € par jour limité à 10 jours par an
Maternité (secteur conventionné ou non) Dans la limite des frais réellement engagés (*)	 Crédit de 1/3 PMSS ⁽⁴⁾ par bénéficiaire et par maternité
Divers Ostéopathie, chiropractie, par séance et par personne Forfait actes lourds Transport pris en charge par le RO	 23 € par consultation dans la limite de 4 séances par an 18 € 150 % FR
(*) Pour les honoraires des praticiens non CAS, dans la limite de : TM + 100 % BR. (1) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries. (2) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. (3) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries. (4) PMSS : salaire plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 3 170 € au 1 ^{er} janvier 2015. Au 1 ^{er} janvier 2015, 1 % PMSS est égal à 31,70 €.	

ANNEXE

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS

Contrat solidaire et responsable

Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque, s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant en annexe ci-après :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R. 871-2 précité ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursements complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins ;
 - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R. 871-2 ci-annexé ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R. 871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et/ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement ;
 - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garanties, limiter en tout état de cause le remboursement de la monture au montant maximum de garantie réglementairement prévu à cet effet ;
 - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R. 871-2 ci-annexé.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant, ou ;
 - consulte un médecin hors parcours de soins, ou encore ;

- refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours l'autorisation d'avoir accès à des informations contenues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et/ou de le compléter ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 € conformément aux dispositions de l'article R. 322-9-2 du code de la sécurité sociale ;

- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D. 322-5 du code de la sécurité sociale, à :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par trajet pour les transports sanitaires.

Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre prévoir des montants de remboursements complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D. 911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dento-faciale à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations en nature (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris) ;
- une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
 - 100 € pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
 - 150 € pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

ANNEXE

TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article ⁽¹⁾ ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité ⁽²⁾ et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

(1) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(2) L'article 4 du décret n° 2014-1374 précité précise :

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.