

Brochure n° 3298

Convention collective nationale

IDCC : 2104. – THERMALISME

ACCORD DU 24 NOVEMBRE 2015

RELATIF À LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650148M

IDCC : 2104

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, et conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé déterminée au niveau national, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, afin de mettre en place un régime mutualisé pour les salariés relevant de la convention collective du thermalisme.

Le présent accord prévoit un régime conventionnel obligatoire qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés des établissements thermaux appliquant la convention collective nationale du thermalisme, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives auprès des deux assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et par le protocole de gestion administrative conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 2

Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent accord s'applique aux entreprises visées au II « Champ d'application » de la convention collective nationale du thermalisme et à celles qui appliquent volontairement et à titre intégral ladite convention collective.

Il s'applique aux salariés de ladite convention collective visés à l'article 3 du présent accord.

Article 3

Bénéficiaires de la garantie

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Sous réserve de relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, tous les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture dite « socle conventionnel » telle que visée à l'article 8 en application des dispositions de l'article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale.

Article 3.2

Cas dérogatoires

Par dérogation au caractère obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant annuellement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée d'au moins 12 mois, sous réserve de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée ou contrat de mission de moins de 12 mois, et ce même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé au moment de la mise en place du présent régime ou de l'embauche. Sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture et de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense joue 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 d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année.

Les salariés mentionnés ci-dessus devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime auprès de leur employeur au plus tard le 15 décembre 2015 ou, pour ceux embauchés postérieurement, au plus tard le dernier jour du mois de leur embauche. En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur une fois par an les informations permettant de justifier de leur situation. A défaut d'écrits et de justificatifs adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au socle conventionnel obligatoire du régime. Les salariés qui auront exprimé leur volonté de ne pas adhérer au régime seront informés par l'employeur des conséquences de leur demande de dispense d'affiliation.

Article 4

Amélioration de la couverture frais de santé

Au-delà du régime obligatoire, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme gestionnaire à un régime de garantie frais de santé plus favorable.

A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix : option complémentaire 1 et option complémentaire 2.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier.

Article 5

Maintien des garanties frais de santé en cas de rupture du contrat de travail

Article 5.1

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

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, l'ancien salarié, sous réserve de produire les justificatifs requis auprès de l'organisme assureur, bénéficie du maintien du régime frais de santé, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à l'assurance chômage.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à celle de l'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 successifs chez le même employeur. Cette durée ne peut excéder 12 mois.

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

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

Article 5.2

Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur dans le cadre d'un nouveau contrat, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

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

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

Article 6

Modalités d'adhésion

Sont recommandés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé les organismes suivants :

- SMI, 2, rue de Laborde, 75374 Paris Cedex 08 ;
- SOLIMUT, CS 31401, 13785 Aubagne Cedex.

Article 7

Financement des garanties frais de santé

Article 7.1

Cotisation des salariés

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé » pour la part leur incombant.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant[s]) et/ou conjoint), tels que définis par le contrat-cadre souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime. La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

Article 7.2

Répartition et montant de la cotisation obligatoire

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

Les cotisations « salarié isolé », « couple » et « famille » pour le régime de base obligatoire « socle conventionnel » sont fixées à la date d'effet du présent accord comme suit :

(En euros.)

| | SALARIÉ ISOLÉ | COUPLE (dont isolé) | FAMILLE (dont isolé) |
|----------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
| Cotisation patronale | 13,22 | 13,22 | 13,22 |
| Cotisation salariale | 13,22 | 39,68 | 55,82 |
| Cotisation globale | 26,45 | 52,90 | 69,04 |

Article 7.3

Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Les cotisations et les prestations servies par le régime complémentaire sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

(En euros.)

| | SALARIÉ ISOLÉ | COUPLE (dont isolé) | FAMILLE (dont isolé) |
|----------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
| Cotisation patronale | 7,99 | 7,99 | 7,99 |
| Cotisation salariale | 7,99 | 23,96 | 33,71 |
| Cotisation globale | 15,98 | 31,95 | 41,70 |

Article 7.4

Couverture facultative des salariés

La cotisation additionnelle servant au financement de la couverture facultative des salariés en option complémentaire 1 ou en option complémentaire 2 et l'extension aux ayants droit des garanties ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations correspondant à ces options sont définies en annexe II du présent accord.

Article 8

Conditions de la garantie frais de santé

Les garanties et remboursements sont mentionnés dans le tableau en annexe, ces annexes faisant partie intégrante de l'accord. Ils incluent les prestations de la sécurité sociale. Sont exclus de la garantie tous les soins, dépenses ou interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaire ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, pour les contrats dits « responsables », permettant ainsi de bénéficier, dans les conditions et limites prévues par la législation en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime, de l'exonération des charges sociales sur les cotisations pour l'employeur.

Article 9

Définition des garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Elles sont exprimées en complément du remboursement de la sécurité sociale et sont présentées dans les tableaux figurant en annexe. Il existe trois niveaux de remboursement : le socle conventionnel, l'option complémentaire 1 et l'option complémentaire 2. Le niveau d'indemnisation des options complémentaires 1 et 2 s'entendent en complément du socle conventionnel.

Article 10

Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et ce dès le premier jour de suspension, et dès lors que la cause de l'arrêt de travail relève :

- de la maladie, d'un accident de travail, de la maternité ;
- ou d'un régime pouvant conduire sous condition de délai à un maintien de salaire total ou partiel, ou le bénéfice d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Du fait du maintien des garanties, l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au socle conventionnel obligatoire et, le cas échéant, le salarié s'acquitte de la cotisation correspondant aux options complémentaires 1 et 2 ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par

l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné. Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente lorsque le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (part patronale et part salariale) par le salarié dont le contrat de travail est suspendu auprès de l'organisme assureur.

Article 11

Information

En sa qualité de souscripteur, l'établissement thermal remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de l'entreprise seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 12

Contrat d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement administratif font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans les protocoles de gestion conclus entre les signataires du présent accord et les organismes recommandés ci-dessus.

Article 13

Fonds social

Il est institué un fonds d'action sociale destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité. Ce fonds est financé par tout ou partie de la quote-part de 2 % des cotisations.

Les organismes recommandés se sont engagés à créer un fonds social dédié aux salariés relevant des structures adhérentes à la branche du thermalisme en parallèle du fonds social national de leur institution. Le protocole technique et financier précisera les modalités d'alimentation de ce fonds social dédié.

La commission paritaire nationale devra définir les axes d'intervention du fonds avec les organismes assureurs.

Les organismes recommandés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Article 14

Suivi du régime de complémentaire santé

Le suivi du régime de complémentaire santé se fait dans le cadre de la commission paritaire nationale de la branche du thermalisme.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau des garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la CPN.

Article 15

Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime tous les 5 ans maximum à compter du 1^{er} janvier 2016. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 13.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) souscrit(s) avec les organismes recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

Article 16

Révision

Les dispositions du présent accord pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Article 17

Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2016 et est conclu pour une durée de 5 ans.

Article 18

Dépôt. – Extension

Dès lors qu'il n'aurait pas fait l'objet d'une opposition régulièrement exercée par la majorité des organisations syndicales, le présent avenant fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail. Ce dépôt sera effectué au même moment que la demande d'avis auprès des services centraux du ministre chargé de l'emploi.

Après l'obtention de l'avis favorable du ministre chargé de l'emploi, le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants dudit code.

En application des articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale, l'avis motivé de la COMAREP sera sollicité en vue de l'extension.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 24 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNETH.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFTC.

ANNEXE I

TABLEAUX DES GARANTIES

Socle conventionnel

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
|--|---|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | 100 % de la BR | |
| Forfait hospitalier engagé | 100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires | 100 % de la BR | |
| Transport remboursé par la sécurité sociale | | |
| Transport | 100 % de la BR | |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes (consultations et visites) | 100 % de la BR | |
| Spécialistes (consultations et visites) | 100 % de la BR | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) | 100 % de la BR | |
| Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) | 100 % de la BR | |
| Auxiliaires médicaux | 100 % de la BR | |
| Analyses | 100 % de la BR | |
| Pharmacie remboursée par la sécurité sociale | | |
| Pharmacie | 100 % de la BR | |
| Appareillages remboursés par la sécurité sociale | | |
| Prothèses auditives | 100 % de la BR | |
| Orthopédie et autres prothèses | 100 % de la BR | |
| Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale | 100 % de la BR | |
| Inlays simples et les onlays | 125 % de la BR | |
| Prothèses dentaires (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes) | 125 % de la BR | |
| Orthodontie acceptée par la sécurité sociale | 125 % de la BR | |

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
|--|--|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Optique (*) (**) | | |
| 2 verres simples | 200 € | |
| 1 verre simple + 1 verre complexe | 200 € | |
| 2 verres complexes | 200 € | |
| 1 verre simple + 1 verre multifocal ou progressif | 200 € | |
| 1 verre complexe + 1 verre multifocal ou progressif | 200 € | |
| 2 verres multifocaux ou progressifs | 200 € | |
| Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables sécurité sociale) | RSS + un crédit par bénéficiaire de 200 € sur 2 années civiles consécutives | |
| Cure thermale | 100 % du PLF + 150 € dans la limite des FR, au titre des frais d'hébergement et de déplacement lorsque la cure ne peut pas être suivie, pour des raisons d'ordre médical, dans l'établissement où travaille le salarié | |
| Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 | | |
| Médecines hors nomenclature | | |
| Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée) | 30 € par acte, limité à 3 actes par année civile | |
| Prise en charge de tous les actes de prévention. | 100 % de la BR | |
| (*) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement. | | |
| (**) Monture incluse plafonnée à 100 €. | | |
| FR : frais réels engagés par l'assuré. | | |
| BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. | | |
| RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. | | |
| PLF : prix limite de facturation des soins thermaux. | | |

Option complémentaire 1

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
|---|--|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | 50 % de la BR | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires | 70 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Chambre particulière | 1,5 % PMSS par jour | |
| Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) | 1,5 % PMSS par jour | |

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
|--|---|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes (consultations et visites) | 70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Spécialistes (consultations et visites) | 70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) | 70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) | 70 % de la BR pour les médecins adhérent au CAS (*) 50 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale | | |
| Inlays simples, onlays | 125 % de la BR | |
| Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes) | 125 % de la BR | |
| Orthodontie acceptée par la sécurité sociale | 125 % de la BR | |
| Soins dentaires non remboursés par la sécurité sociale | | |
| Orthodontie | crédit par semestre de 200 € | |
| Prothèses dentaires | Crédit par année civile de 400 € | |
| Parodontologie | | |
| Implants dentaires (pose des piliers + implants) | | |
| Optique (**) (***) | | |
| 2 verres simples | 200 € | |
| 1 verre simple + 1 verre complexe | 200 € | |
| 2 verres complexes | 200 € | |
| 1 verre simple + 1 verre multifocal ou progressif | 200 € | |
| 1 verre complexe + 1 verre multifocal ou progressif | 200 € | |
| 2 verres multifocaux ou progressifs | 200 € | |
| Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) | RSS + crédit de 100 € par bénéficiaire sur 2 années civiles consécutives | |
| Cure thermique | | |
| Education thérapeutique du patient | 50 % du programme ETP s'il est agréé ARS et dispensé en station thermique, plafonné à 150 € | |
| Maternité ou adoption | | |
| Naissance ou adoption d'un enfant déclaré | 100 € | |
| <p>(*) CAS : Contrat d'accès aux soins.</p> <p>(**) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>(***) Monture incluse plafonnée à 150 €.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.</p> <p>PLF : prix limite de facturation des soins thermaux.</p> | | |

Option complémentaire 2

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
|---|--|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | 150 % de la BR | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires | 150 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 100 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Chambre particulière | 3 % PMSS par jour | |
| Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) | 2,5 % PMSS par jour | |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes et spécialistes (consultations et visites) | 100 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 80 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) | 100 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 80 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) | 100 % de la BR pour les médecins adhérents au CAS (*) 80 % de la BR pour les médecins non adhérents au CAS (*) | |
| Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale | | |
| Chirurgie réfractive | Crédit par année civile de 250 € par œil | |
| Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale | | |
| Soins dentaires | 50 % de la BR | |
| Inlays simples, onlays | 225 % de la BR | |
| Prothèses dentaires (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes) | 225 % de la BR | |
| Orthodontie | 225 % de la BR | |
| Soins dentaires non remboursés par la sécurité sociale | | |
| Orthodontie | Crédit par semestre de 500 € | |
| Prothèses dentaires | Crédit par année civile de 500 € | |
| Parodontologie | | |
| Implants dentaires (pose des piliers + implants) | | |
| Appareillages remboursés par la sécurité sociale | | |
| Prothèses auditives | Crédit par année civile de 300 € | |
| Orthopédie et autres prothèses | Crédit par année civile de 150 € | |
| Optique (**) (***) | | |
| 2 verres simples | 250 € | |
| 1 verre simple + 1 verre complexe | 250 € | |
| 2 verres complexes | 250 € | |
| 1 verre simple + 1 verre multifocal ou progressif | 250 € | |
| 1 verre complexe + 1 verre multifocal ou progressif | 250 € | |

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
|---|---|------------------|
| | Conventionné | Non conventionné |
| 2 verres multifocaux ou progressifs | 250 € | |
| Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) | RSS + Crédit de 200 € sur 2 années civiles consécutives | |
| Cure thermique | | |
| Maternité ou adoption | | |
| Naissance ou adoption d'un enfant déclaré | 250 € | |
| <p>(*) CAS : contrat d'accès aux soins.</p> <p>(**) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>(***) Monture incluse plafonnée à 150 €.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. PLF : prix limite de facturation des soins thermaux.</p> | | |

ANNEXE II

COTISATIONS FACULTATIVES

Option complémentaire 1

| | Salarié isolé | Couple (dont isolé) | Famille (dont isolé) |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Cotisation patronale | 13,22 euros | 13,22 euros | 13,22 euros |
| Cotisation salariale | 36,05 euros | 83,57 euros | 108,66 euros |
| Cotisation globale | 49,27 euros | 96,79 euros | 121,88 euros |

Option complémentaire 2

| | Salarié isolé | Couple (dont isolé) | Famille (dont isolé) |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Cotisation patronale | 13,22 euros | 13,22 euros | 13,22 euros |
| Cotisation salariale | 52,05 euros | 114,22 euros | 147,54 euros |
| Cotisation globale | 65,27 euros | 127,44 euros | 160,76 euros |

Régime Alsace-Moselle

Option complémentaire 1

| | Salarié isolé | Couple (dont isolé) | Famille (dont isolé) |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Cotisation patronale | 7,99 euros | 7,99 euros | 7,99 euros |
| Cotisation salariale | 25,31 euros | 57,30 euros | 73,89 euros |
| Cotisation globale | 33,30 euros | 65,29 euros | 81,88 euros |

Option complémentaire 2

| | Salarié isolé | Couple (dont isolé) | Famille (dont isolé) |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Cotisation patronale | 7,99 euros | 7,99 euros | 7,99 euros |
| Cotisation salariale | 35,97 euros | 77,61 euros | 99,55 euros |
| Cotisation globale | 43,96 euros | 85,60 euros | 107,54 euros |