

**Accord régional**

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON AFFILIÉS A L'AGIRC  
(Centre-Val de Loire)  
(3 juillet 2009)**

(Etendu par arrêté du 9 décembre 2009,  
*Journal officiel* du 19 décembre 2009)

AVENANT N° 5 DU 9 NOVEMBRE 2015

À L'ACCORD DU 3 JUILLET 2009

RELATIF À LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS NON CADRES

NOR : AGRS1697223M

Entre

FRSEA du Centre-Val de Loire

PCA CUMA Centre-Val de Loire - Poitou-Charentes - Limousin

EDT du Centre-Val de Loire

D'une part, et

FGA CFDT

FGTA FO

Fédération CFTC de l'agriculture

Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu de ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Au vu des dernières modifications légales et réglementaires sur les régimes frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC en région Centre-Val de Loire.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la santé des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, qui a créé par avenant n° 4 un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives.

En conséquence, l'accord régional frais de santé du 3 juillet 2009 est modifié comme suit.

## Article 1<sup>er</sup>

L'article 2 est complété des dispositions suivantes :

« Les employeurs relevant d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- 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 coexistant, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour 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 2

Les trois premiers paragraphes de l'article 3 sont modifiés de la manière suivante :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord,

à l'exclusion des :

- salariés affiliés à l'AGIRC et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de défini dans la convention précitée ;
- VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

Toutefois, l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié. »

Les dispositions des « dispenses d'affiliation » de l'article 3 sont supprimées et remplacées par :

« Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et 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 d'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 d'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 d'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 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).

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. »

Le paragraphe du « cas particulier » relatif au « salarié à employeurs multiples » est supprimé et sera transposé à l'article 8.

### **Article 3**

L'article 4 est complété des dispositions suivantes :

« Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe II comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 4 du présent accord.

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

#### **Article 4**

L'article 5 est modifié de la façon suivante :

« Salariés non affiliés à l'AGIRC n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés non affiliés à l'AGIRC qui ne remplissent pas la condition d'ancienneté requise, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif des garanties prévues par le présent accord. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du présent régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son/ou ses ayant(s) droit.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe II. »

#### **Article 5**

L'article 5 *bis* est modifié de la manière suivante :

« Les salariés bénéficiaires à titre obligatoire, par application de l'article 3 du présent accord, et (ou) à titre facultatif, par application de l'article 5, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif d'une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe II).

L'option choisie s'applique alors au salarié et à son/ou ses ayant(s) droit.

L'option supplémentaire choisie a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des bénéficiaires défini par le salarié pour les garanties de base : salarié et ayants droit.

Une même famille ne peut pas souscrire simultanément aux deux options supplémentaires.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion par le salarié.

La cotisation de ces options supplémentaires sera entièrement financée par le salarié. »

#### **Article 6**

L'article 6 est supprimé et remplacé par :

« Article 6

*Contrat "solidaire" et "responsable"*

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 (NOR : AFSS1502895C).

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 7**

L'article 11 devient l'article 7 qui est modifié de la manière suivante :

#### **« Article 7**

##### *Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé*

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite "loi Evin", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des 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 durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- des 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 ;
- en tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicable aux salariés actifs ;
- cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations. »

### **Article 8**

Les points 1 (« Taux de cotisations et répartitions ») et 2 (« Appel et recouvrement des cotisations ») de l'article 8 sont modifiés de la manière suivante, y compris le titre de l'article 8 :

#### **« Article 8**

##### *Financement du dispositif frais de santé*

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif régional obligatoire frais de santé définies par le présent accord - 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 dispositif régional obligatoire frais de santé, 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 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 (part salariale et patronale).

Cas particulier du 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 express 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 à l'article 3 ci-dessus, 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 9**

L'article 9 devient l'article 11, sans changement du titre ni de sa rédaction.

## **Article 10**

Le nouvel article 9 est le suivant :

« Article 9

### *Mise en œuvre du principe de solidarité*

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 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. »

## Article 11

Création d'un article 9.1 après l'article 9 :

### « Article 9.1

#### *Dispositifs de prévention et d'action sociale*

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 musculosquelettiques 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 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, le sommeil ou 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 aide de 150 à 500 € par an, 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 aux articles 9.2 et 9.3. »

## Article 12

Le point 3 (« Suspension du contrat de travail ») de l'article 8 devient les articles 9.2 et 9.3 :

### « Article 9.2

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

L'adhésion des salariés - y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - 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. »



### « Article 9.3

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

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé et 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 le dispositif de protection sociale complémentaire.

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

### **Article 13**

Le point 4 (« Portabilité ») de l'article 8 devient l'article 10 :

#### « Article 10

##### *Portabilité à titre gratuit*

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi. Dispositions figurant en annexe au présent avenant pour information.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations demandées sont dues. »

### **Article 14**

L'article 10 devient l'article 12 et change de titre et de rédaction :

#### « Article 12

##### *Commission paritaire de suivi du régime frais de santé*

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non affiliés à l'AGIRC en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une « commission paritaire de suivi de l'accord ».

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire régionale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord régional et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FRSEA Centre-Val de Loire Val de Loire. »

### **Article 15**

L'article 12 devient l'article 13, sans autre changement.



## **Article 16**

L'annexe II présente la nouvelle grille des garanties du dispositif régional frais de santé socle et ses options, dénommées régimes surcomplémentaires 1 et 2 dans le tableau, mises en conformité des dispositions légales et réglementaires.

Par conséquent, l'annexe IV qui présentait les anciennes options est supprimée.

L'annexe III est supprimée.

L'annexe V devient l'annexe III, sans changement de rédaction sur la portabilité.

## **Article 17**

### *Entrée en vigueur*

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 18**

### *Dépôt et extension*

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE.

Fait à Orléans, le 9 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE II

### GARANTIES SANTÉ

---

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

*(Voir tableaux pages suivantes.)*

Garanties Y COMPRIS les remboursements de la Sécurité sociale ou de la MSA (sauf pour les forfaits en €ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité Sociale)	REGIME SOCLE - Adhésion obligatoire -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE E 1 (y compris les garanties du socle) - Adhésion facultative -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE E 2 (y compris les garanties du socle) - Adhésion facultative -
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup> )			
Honoraires - Signataires CAS	255 % BR	255 % BR	255 % BR
Honoraires - Non signataires CAS	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière	75 €/jour	80 €/jour	80 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	Non couvert	40 €/jour	40 €/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné <sup>(1)</sup> )			
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Signataires CAS	100 % BR	170 % BR	240 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes - Non signataires CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	100 % BR	170 % BR	170 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires CAS	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires CAS	100 % BR	170 % BR	240 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR	160 % BR	230 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	160 % BR	230 % BR
Sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS ou la MSA	115 % BR	165 % BR	265 % BR
Autre appareillage remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €

<b>PHARMACIE</b>				
Pharmacie remboursée par la SS ou la MSA	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
<b>TRANSPORT</b>				
Transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>FRAIS DENTAIRES</b>				
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR	% BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	210 % BR	270 % BR	370 % BR	370 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	210 % BR + 11 % PMSS/an/bénéficiaire	270 % BR + 11 % PMSS/an/bénéficiaire	370 % BR + 15 % PMSS/an/bénéficiaire	
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	Non couvert	8 % PMSS/acte	10 % PMSS/acte	
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	400 % BR	400 % BR	400 % BR	
Orthodontie non remboursée par la SS ou la MSA	Non couvert	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire	
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	Non couvert	200 €/acte	200 €/acte	
Implants	Non couvert	240 €/implant	240 €/implant	
Pilier implantaire	Non couvert	160 €/pilier implantaire	160 €/pilier implantaire	
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>				
<b>Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)</b>				
Monture	126,80 €	150 €	150 €	
Verres (par paire)	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique	
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	0 ou 100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	0 ou 100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	0 ou 100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	

MATERNITE ET ADOPTION				
Allocation naissance ou adoption		1/3 PMSS / bénéficiaire	1/3 PMSS / bénéficiaire	1/3 PMSS / bénéficiaire
PREVENTION ET AUTRES SOINS				
Cure thermale remboursée par la SS ou la MSA : honoraires et soins		70 % BR	70 % BR	70 % BR
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie) et ostéodensitométrie		Néant	25 €/séance (maxi 125 €/an/bénéficiaire)	25 €/séance (maxi 125 €/an/bénéficiaire)
Traitement anti-tabac remboursé par la SS		Néant	30 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
Pharmacie prescrite par un médecin non remboursée par la SS		Néant	20 €/an/bénéficiaire	30 €/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la SS		Néant	20 €/an/bénéficiaire	30 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>		Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

<sup>(1)</sup> En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

<sup>(2)</sup> Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

<sup>(3)</sup> Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale

Code LPP	Désignation	TARIF TIPS	Sphère	Cylindre	BASE	OPTION A	OPTION B
<b>Verres simples</b>							
2203240	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6 à +6	2,29 €	[0-2]	0	109,8 €	129,7 €	145,5 €
2287916	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6 à +6		[2-4]				
			[4-6]				
2280660	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de +6,25 à +10	4,12 €	[6-10]	0	117 €	175 €	175 €
2282793	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6,25 à -10						
2265330	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de +6,25 à +10						
2263459	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6,25 à -10						
2235776	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère H.Z. de -10 à +10	7,62 €	>10	0	130,8 €	175 €	175 €
2295896	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère H.Z. de -10 à +10						
2259966	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère de -6 à +6	3,66 €	[0-2]	[0-4]	115,2 €	136,6 €	152,5 €
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère de -6 à +6		[2-4]				
			[4-6]				
2284527	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère H.Z. de -6 à +6	6,86 €	[6-20]	[0-4]	127,8 €	175 €	175 €
2254868	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère H.Z. de -6 à +6						
2212976	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à +4, sphère de -6 à +6	6,25 €	[0-6]	[4-6]	125,4 €	175 €	175 €
2252668	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à +4, sphère de -6 à +6						
2288519	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à +4, sphère H.Z. de -6 à +6	9,45 €	[6-20]	[4-6]	138 €	175 €	181,7 €
2299523	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à +4, sphère H.Z. de -6 à +6						

Verres multifocaux ou progressifs									
2290396	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -4 à +4	7,32 €	[0-2]	0	129,6 €	175 €	175 €		
2291183	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -4 à +4		]2-4]						
2245384	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère H.Z. de -4 à +4	10,82 €	]4-8]	0	143,4 €	175 €	188,6 €		
2295198	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère H.Z. de -4 à +4		]8-20]						
2227038	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -8 à +8	10,37 €	[0-2]	]0-6]	141,7 €	175 €	186,3 €		
2299180	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -8 à +8		]2-4]						
			]4-6]						
			]6-8]						
2202239	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère H.Z. de -8 à +8	24,54 €	]8-20]	]0-6]	197,6 €	242 €	258 €		
2252042	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère H.Z. de -8 à +8								

## Grille optique - Enfant (moins de 18 ans)

### Par verre

Code LPP	Désignation	TARIF TIPS	Sphère	Cylindre	BASE	OPTION A	OPTION B
Verres simples							
2261874	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6 à +6	12,04 €	[0-2]	0	139,5 €	160 €	160 €
2242457	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6 à +6		]2-4]				
			]4-6]				
2243304	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de +6,25 à +10	26,68 €	]6-10]	0	197,3 €	300 €	300 €
2243540	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6,25 à -10						
2291088	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de +6,25 à +10						
2297441	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6,25 à -10						
2273854	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère H.Z. de -10 à +10	44,97 €	>10	0	269,5 €	300 €	300 €
2248320	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère H.Z. de -10 à +10						



2200393	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère de -6 à +6	14,94 €	[0-2]	[0-4]	150,9 €	160 €	160 €
2270413	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère de -6 à +6		[2-4]				
			[4-6]				
2283953	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère H.Z. de -6 à +6	36,28 €	[6-20]	[0-4]	235,2 €	300 €	300 €
2219381	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à +4, sphère H.Z. de -6 à +6						
2238941	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à +4, sphère de -6 à +6	27,90 €	[0-6]	[4-6]	202,1 €	300 €	300 €
2268385	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à +4, sphère de -6 à +6						
2245036	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à +4, sphère H.Z. de -6 à +6	46,50 €	[6-20]	[4-6]	275,6 €	300 €	300 €
2206800	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à +4, sphère H.Z. de -6 à +6						
<b>Verres multifocaux ou progressifs</b>							
2259245	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -4 à +4	39,18 €	[0-2]	0	246,7 €	300 €	300 €
2264045	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -4 à +4		[2-4]				
2238792	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère H.Z. de -4 à +4	43,30 €	[4-8]	0	263 €	300 €	300 €
2202452	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère H.Z. de -4 à +4		[8-20]				
2240671	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -8 à +8	43,60 €	[0-2]	[0-6]	264,1 €	300 €	300 €
2282221	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -8 à +8		[2-4]				
			[4-6]				
			[6-8]				
2234239	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère H.Z. de -8 à +8	66,62 €	[8-20]	[0-6]	311,6 €	300 €	300 €
2259660	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère H.Z. de -8 à +8						