

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES
(Tarn-et-Garonne)
(16 septembre 2009)**

(Etendu par arrêté du 25 février 2010,
Journal officiel du 5 mars 2010)

AVENANT N° 3 DU 21 OCTOBRE 2015
RELATIF À L'ACCORD DU 16 SEPTEMBRE 2009
RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1697237M

Entre

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de Tarn-et-Garonne

Fédération départementale des CUMA de Tarn-et-Garonne

Syndicat des entrepreneurs des territoires de Tarn-et-Garonne

D'une part, et

Syndicat départemental des cadres d'exploitations agricoles CFE-CGC

Syndicat général agroalimentaire CFDT de Tarn-et-Garonne

Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des services
annexes FGTA FO

Syndicat départemental CFTC-Agri

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 16 septembre 2009 modifié à l'accord national modifié par un avenant 4 en date du 15 septembre 2015, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de réduire la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à 3 mois ; de modifier les garanties, les dispenses d'affiliation ainsi que la clause relative au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ; de définir les ayants droit ; d'instaurer le principe de solidarité et de préciser les conditions de révision et de dénonciation du régime.

Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser les cotisations. En conséquence, l'accord départemental du 16 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord « Salariés bénéficiaires » est modifié et remplacé comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGIRC et ayant 3 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise ou l'exploitation.

L'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté. »

Article 2

Dispenses d'affiliation

Les dispositions de l'article 4 de l'accord « Affiliation » sont modifiées et remplacées comme suit en son paragraphe « Dispenses d'Affiliation » :

« Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et ayant au moins 3 mois d'ancienneté, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à 12 mois et ayant au moins 3 mois d'ancienneté, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et les apprentis à temps partiel ayant au moins 3 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou à l'acquisition de la condition d'ancienneté si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés (y compris étrangers) bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et dont un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme désigné. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective :
 - dans le cadre du régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

- dans le cadre du 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 ;
- dans le cadre du 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 ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- dans le cadre du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- dans le cadre de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit l'embauche.

En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié, ni par l'employeur.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et doit alors obligatoirement cotiser au régime à compter du mois civil suivant. »

Article 3

Garanties

Les dispositions de l'article 5 de l'accord « Garanties » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 5

Garanties

Article 5.1

Régime obligatoire

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

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

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I du présent accord comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA) dont relève le salarié visé à l'article 3 ci-avant.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent régime ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont détaillés dans les tableaux de l'annexe I amendés du présent accord.

Article 5.2

Contrat “solidaire” et “responsable”

Le présent régime 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, par le

décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015 et de la lettre circulaire n° 2015-0000045 du 12 août 2015.

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 peut 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 5.3

Garanties à adhésion facultative

5.3.1. Salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté, non affiliés à l'AGIRC et relevant du champ d'application du présent accord

Les salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, de la cotisation globale correspondante définie à l'article 6.1 ci-après.

Les prestations sont identiques à celles figurant en annexe I amendée du présent accord.

5.3.2 Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint et ses enfants à charge tels que définis ci-après, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, des cotisations spécifiques définies à l'article 6.1 ci-après.

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

L'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation.

Sont considérés comme ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux 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'événement 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 fait 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 lié par un Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;

- âgés de moins de 26 ans et 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 26 ans et sous contrat d’alternance 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 adulte handicapé, 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 “viabiles” moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d’être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur. »

Article 4

Gestion du régime

Dans le contexte de la disparition des clauses de désignation et de la mise en conformité à l’avenant 4 du 16 septembre 2015 à l’accord national du 10 juin 2008 modifié, l’article 6 du présent accord est supprimé.

En conséquence, la numérotation des articles postérieurs est modifiée et toute référence à l’organisme assureur CRIA prévoyance dans le présent accord est annulée.

Article 5

Cotisations

L’article 7.1 de l’accord « Taux de cotisations et répartition », devenant l’article 6.1, est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l’assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations peuvent être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires peuvent également convenir d’une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

6.1.1. Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

La cotisation mensuelle du présent régime de “remboursement complémentaire de frais de santé” est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera répartie comme suit :

- 50 % à la charge de l’employeur ;
- 50 % à la charge du salarié

6.1.2. Garantie optionnelle facultative

Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, tels que définis à l’article 5.3.2 ci-avant, selon les options proposées. Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. »

Les autres dispositions de l’article 7, devenant l’article 6, sont inchangées.

Article 6

Cessation des garanties et portabilité

L'article 9 de l'accord « Cessation des garanties », devenant l'article 8, est modifié et remplacé comme suit :

« Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'employeur.

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit garantis du chef d'un salarié décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 9 ci-après.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les personnes garanties du chef du salarié décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties santé à titre individuel, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les 6 mois suivant ce dernier.

L'organisme assureur leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de 2 mois à compter de l'événement, l'entreprise devant en informer préalablement l'organisme assureur.

Les prestations proposées sont identiques à celles prévues par le présent accord.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

L'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de :

- 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ;
- 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les autres anciens salariés et ayants droit de salarié décédé, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans le mois suivant la date de survenance de l'événement.

Les cotisations sont intégralement prises en charge par l'ancien salarié. »

L'article 10 de l'accord « Portabilité », devenant l'article 9, est complété par les dispositions suivantes :

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

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;

- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

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

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité. »

Article 7

Maintien des garanties et suspension

L'article 11 de l'accord « Suspension du contrat de travail », devenant l'article 10, est modifié et remplacé comme suit :

« Article 10

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévu par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à plein temps, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié, et le cas échéant ses ayants droit, bénéficie du maintien des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation.

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation. L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et le cas échéant leurs ayants droit, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,

sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

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

Article 8

Principe de solidarité

Il est inséré après l'article 14 « Recours contre les tiers responsables », devenant l'article 13, un article 14 intitulé et rédigé comme suit :

« Article 14

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles doivent 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 du présent régime frais de santé est affecté 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 desdites mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent régime frais de santé 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 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, 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 une exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tel que défini à l'article 10 ci-avant du présent accord. »

La numérotation des articles postérieurs est modifiée en conséquence.

Article 9

Révision et dénonciation

Les dispositions de l'article 15 « Clause de réexamen. – Dénonciation », sont modifiées et rédigées comme suit :

« Article 15

Clause de réexamen. – Révision et dénonciation

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fait l'objet d'un réexamen dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur.

Le présent accord étant conclu pour une durée indéterminée, il peut, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue aux articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail précité, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, pouvant intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

Ce dernier, s'il est conclu, se substitue de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifie.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt en application de l'article L. 2261-9 du code du travail précité.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin de procéder à de nouvelles négociations et d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

En tout état de cause, l'accord dénoncé continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois. »

Article 10

Annexes

L'Annexe I de l'accord présentant les garanties complémentaires frais de santé est modifiée et jointe au présent avenant.

Article 11

Entrée en vigueur

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

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Article 12

Dépôt et extension

Le présent avenant établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Fait à Montauban, le 21 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Garanties frais de santé

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 ou de la MSA)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires – Signataires CAS ⁽²⁾	580 % BR
Honoraires – Non signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	52 € par jour (dans la limite de 30 jours)
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – Signataires CAS ⁽²⁾	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – Non signataires CAS ⁽²⁾	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Non signataires CAS ⁽²⁾	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	210 % BR

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 ou de la MSA)	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : – couronnes, bridges et inter de bridges – couronnes sur implant – prothèses dentaires amovibles – réparations sur prothèses – inlays-cores	210 % BR + 350 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
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) ⁽³⁾	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 € par an et par bénéficiaire
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS par bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	40 € par an et par bénéficiaire
Actes de prévention ⁽⁴⁾	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) CAS : Contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.</p> <p>(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.</p> <p>Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.</p> <p>(4) 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.</p> <p>Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale / 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 1^{er} janvier de l'année.</p>	

Grille optique

Adultes (18 ans et plus) – Par verre

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
Verres simples					
2203240	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de – 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	127 €
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	134 €
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 HZ de – 10 à + 10	7,62 €	>10	0	148 €
2295896	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ 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]	133 €
			[2-4]		
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de – 6 à + 6		[4-6]		
2284527	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de – 6 à + 6	6,86 €	[6-20]	[0-4]	145 €
2254868	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ 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]	143 €
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 HZ de – 6 à + 6	9,45 €	[6-20]	[4-6]	155 €
2299523	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ 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	147 €
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 HZ de – 4 à + 4	10,82 €	[4-8]	0	161 €
2295198	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de – 4 à + 4		[8-20]		

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
2227038	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de - 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	]0-6]	159 €
			]2-4]		
2299180	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de - 8 à + 8		]4-6]		
			]6-8]		
2202239	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de - 8 à + 8	24,54 €	]8-20]	]0-6]	215 €
2252042	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de - 8 à + 8				

Enfants (moins de 18 ans) par verre

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
Verres simples					
2261874	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de - 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
			]2-4]		
2242457	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de - 6 à + 6		]4-6]		
2243304	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	]6-10]	0	278 €
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 HZ de - 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ 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]	173 €
			]2-4]		
2270413	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de - 6 à + 6		]4-6]		
2283953	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de - 6 à + 6	36,28 €	]6-20]	]0-4]	313 €
2219381	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ 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]	283 €
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 HZ de - 6 à + 6	46,50 €	]6-20]	]4-6]	313 €
2206800	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de - 6 à + 6				

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de - 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
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 HZ de - 4 à + 4	43,30 €	]4-8]	0	313 €
2202452	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ 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]	313 €
			]2-4]		
2282221	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de - 8 à + 8		]4-6]		
			]6-8]		
2234239	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de - 8 à + 8	66,62 €	]8-20]	]0-6]	313 €
2259660	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de - 8 à + 8				