

Brochure n° 3151

Convention collective nationale

IDCC : 1316. – TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL

ACCORD DU 17 NOVEMBRE 2016

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ ET À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1750018M

IDCC : 1316

Entre
GSOTF
CAP France
CNEA

D'une part, et

CFDT
CGT-FO
CFTC
CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux négociateurs de la convention collective nationale du tourisme social et familial ont décidé d'adapter le régime de frais de santé et de prévoyance mis en place par accord du 5 juin 2006 aux obligations mentionnées à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Cet accord révisé l'accord du 5 juin 2006 et ses différents avenants auquel il se substitue.

Les partenaires sociaux rappellent que le choix de l'assureur est libre, mais ils invitent les entreprises adhérentes à privilégier l'un des organismes assureurs recommandés et mentionnés à l'article 6 du présent accord, afin d'assurer un meilleur pilotage du régime de branche.

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime « frais de santé » ainsi qu'un régime de prévoyance obligatoire couvrant les risques suivants tels que mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe : décès, incapacité temporaire ou totale de travail, invalidité et incapacité permanente.

Ces deux régimes sont applicables à l'ensemble des entreprises relevant de la convention collective nationale du tourisme social et familial, telles que définies à l'article premier de ladite convention collective.

Article 2

Régime frais de santé

2.1. Prestations

Le régime de complémentaire santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats « responsables », en application des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Sont pris en compte dans le cadre du présent régime les garanties définies dans les tableaux figurant en annexe et en tout état de cause l'ensemble des actes et pathologies pris en charge par la sécurité sociale. Seules sont exclues les dépenses de soins ou interventions non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties. Le service des prestations est par ailleurs conditionné au respect des dispositions légales en termes de prescription.

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, le cas échéant dans les plafonds fixés par la réglementation.

Toute entreprise adhérente a la faculté d'améliorer tout ou partie des garanties définies ci-dessus en souscrivant des contrats complémentaires frais de santé par accord d'entreprise ou par décision unilatérale après consultation des institutions représentatives du personnel lorsqu'elles existent.

Les tableaux de garanties figurant en annexe de l'accord sont définis sous réserve des dispositions légales et réglementaires pouvant intervenir à la suite de sa conclusion.

Dans ce cas, les niveaux de garanties et/ou les taux de cotisation seront modifiés par accord entre la commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP) et les organismes recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

2.2. Couverture

L'adhésion au régime frais de santé est obligatoire et s'applique dès le jour de l'embauche pour l'ensemble des salariés pour les frais de santé à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article 2.2.2 du présent accord.

La couverture frais de santé vise le salarié et ses enfants dans le cadre d'un contrat santé de type « famille hors conjoint ».

Sont donc couverts :

- le salarié ;
- ses enfants à charge au sens de la sécurité sociale.

Pour les personnes visées ci-dessus, les droits à garantie sont ouverts en complément des frais pris en charge par la sécurité sociale au cours de la période de garantie sauf exceptions mentionnées dans le tableau de garanties.

Article 2.2.1

Caractère obligatoire de l'adhésion et cas de dispense d'affiliation pour la couverture frais de santé

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire à l'exception des salariés visés à l'article 2.2.2 du présent accord.

Cependant, les salariés peuvent demander à être dispensés d'adhésion au contrat « frais de santé » dans les cas prévus par la réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée supérieure à 3 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs 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 ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de l'une ou de l'autre de ces couvertures ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat individuel de frais de santé lors de la mise en place ou du régime ou de leur embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance annuelle du contrat ;
- les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective obligatoire de remboursement de frais de santé remplissant les conditions de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit à la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;
- et d'une manière générale, dans les cas de dispenses prévues à l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale.

Cette faculté est ouverte, dans le cadre de la réglementation en vigueur, sous réserve d'en faire la demande écrite auprès de l'employeur, accompagnée des pièces ou attestations justifiant du fait qu'ils sont couverts par ailleurs par un contrat dit « responsable » au sens de la réglementation et mentionnant la date d'échéance de leur couverture individuelle.

La demande doit être formulée soit au moment de l'embauche soit à la date à laquelle prennent effet les couvertures des salariés bénéficiaires d'une CMU-C ou de l'ACS et des ayants droit.

La demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle les salariés ont été préalablement informés par l'employeur des conséquences de leur choix.

Article 2.2.2

*Salariés embauchés pour une durée inférieure ou égale à 3 mois
ou pour une durée hebdomadaire inférieure ou égale à 15 heures*

Les salariés embauchés pour une durée égale ou inférieure à 3 mois et les salariés dont la durée du travail est inférieure ou égale à 15 heures de travail par semaine bénéficient, sous réserve de fournir les documents mentionnés à l'article 2.2.1 et d'avoir souscrit individuellement à un contrat dit « responsable », pour la couverture frais de santé, du versement du montant prévu à l'article D. 911-8 du code de sécurité sociale (« chèque santé »).

Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU complémentaire), d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Article 2.3

*Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé
au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989*

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'exams 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 ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, suivant l'expiration du maintien au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou le décès du participant.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 2.4

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés est maintenue 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 l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (mutuelle, institution de prévoyance).

L'employeur doit continuer à verser la même contribution patronale que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Le salarié continue également à acquitter sa propre part de cotisation.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les salariés ne bénéficient pas du maintien du régime frais de santé. Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime frais de santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). La cotisation afférente aux garanties « frais de santé » est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Article 2.5

Montants des cotisations pour les garanties « frais de santé »

2.5.1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « Famille hors conjoint » qui couvre le salarié et ses enfants à charge.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leur conjoint tel que définis par le contrat d'assurance souscrit avec les organismes assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime complémentaire santé.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative du conjoint ainsi que les éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

2.5.2. Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées :

- pour partie en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ; et
- pour partie en pourcentage de la rémunération mensuelle brute tranches A et B.

La rémunération mensuelle brute correspond au salaire soumis à charges au sens de la sécurité sociale.

2.5.3. Taux et répartition des cotisations

La cotisation « Famille hors conjoint » du régime frais de santé est financée à 40 % par le salarié et 60 % par l'employeur.

La cotisation ci-dessus définie est fixée dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés.

Concernant les frais de santé régime général :

	BASE OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE
Taux famille hors conjoint	0,30 % PMSS ⁽¹⁾ + 1,92 % TAB	0,49 % PMSS
Supplément conjoint facultatif	0,30 % PMSS + 1,48 % TAB	0,36 % PMSS
(1) Plafond mensuel de la sécurité sociale.		

Concernant les frais de santé pour l'Alsace-Moselle :

	BASE OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE
Taux famille hors conjoint	0,30 % PMSS + 1,15 % TAB	0,49 % PMSS
Supplément conjoint facultatif	0,30 % PMSS + 0,89 % TAB	0,36 % PMSS

Dans le cas où le salarié souscrit volontairement à une option, il prend à sa charge 100 % du ou des options souscrites sans remise en cause de la participation de l'employeur relative au régime de base.

Les garanties optionnelles figurent en annexe.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 60 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place par l'entreprise (exprimée en % du salaire + % du PMSS).

En tout état de cause, le taux de cotisation sur lequel s'applique la prise en charge de 60 % est au minimum égal à celui figurant ci-dessus.

2.5.4. Régime optionnel

Il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche un régime optionnel.

La cotisation supplémentaire à celles mentionnées ci-dessus est fixée à 0,49 % du PMSS y compris pour l'Alsace-Moselle.

Dans le cas où le salarié souscrit volontairement à l'option, le salarié prend à sa charge 100 % du ou des options souscrites sans remise en cause de la participation de l'employeur à 60 % relative au régime de base.

Les garanties du régime de base pour le régime de base ainsi que pour l'option figurent en annexe.

Article 3

Régime de prévoyance

3.1. Bénéficiaires

Le bénéfice des garanties prévoyance énumérées à l'article premier du présent accord est ouvert au profit des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du tourisme social et familial.

Les cadres s'entendent aux termes du présent régime comme le personnel répondant aux définitions des articles 4, 4 *bis* et 36 de l'annexe I de la convention collective nationale de l'AGIRC de 1947.

Les non-cadres s'entendent aux termes du présent régime comme le personnel ne répondant pas aux définitions des articles 4, 4 *bis* et 36 de l'annexe I de la convention collective nationale de l'AGIRC de 1947.

3.2. Condition d'ancienneté

Le personnel non-cadre justifiant de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie des garanties décès, incapacité temporaire totale de travail, invalidité et incapacité permanente.

Pour la détermination de l'ancienneté dans l'entreprise, il y a lieu de comptabiliser les périodes de travail effectives et les congés et absences mentionnés à l'article 38 de la convention collective nationale du tourisme social et familial.

Conformément aux dispositions prévues en matière de prévoyance obligatoire par la convention collective de retraite des cadres du 14 mars 1947, l'ensemble du personnel cadre est couvert dès le premier jour d'embauche.

3.3. Garanties

Les garanties de prévoyance cadres et non-cadres doivent être conformes à celles figurant dans le tableau en annexe.

3.4 Taux de cotisation

Les taux de cotisations en fonction des risques sont les suivants :

Pour les non-cadres :

(En pourcentage.)

	PART SALARIALE		PART PATRONALE		ENSEMBLE	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Total prévoyance non-cadres	0,56	0,56	0,84	0,84	1,40	1,40

Pour les salariés cadres :

(En pourcentage.)

	PART SALARIALE		PART PATRONALE		ENSEMBLE	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Total prévoyance cadres	0,06	1,14	1,50	1,72	1,56	2,86

La participation de l'employeur doit respecter les dispositions de l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 pour les salariés cadres et assimilés relevant des articles 4 et 4 *bis*, et intégrer le financement du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

Article 4

Maintien des garanties frais de santé et prévoyance au titre de la portabilité

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime frais de santé et du régime prévoyance en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'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 consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur gestionnaire, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

Article 5

Degré élevé de solidarité

Conformément aux dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, 2 % hors taxes du montant total des cotisations famille hors conjoint telles que définies à l'article 2.5.3 et des cotisations prévoyance prévues à l'article 3.4 sont consacrés à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche.

Les conditions et la nature de ces actions seront déterminées par la commission paritaire nationale de prévoyance et devront être mises en œuvre par toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale, quel que soit leur organisme assureur.

Article 6

Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » et des garanties prévoyance, les organismes assureurs suivants :

Humanis Prévoyance, régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, siège social 29 boulevard Edgar-Quinet, 75014 Paris.

Mutex, société d'assurances régie par le code des assurances, siège social, 125 avenue de Paris, 92320 Châtillon.

La rente éducation est assurée par l'OCIRP (organisme commun des institutions de rentes et prévoyance), union d'institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 17, rue de Marignan, 75008 Paris.

Article 7

Adhésion des entreprises en cas de modification de la situation juridique

En cas de modification de la situation juridique d'une entreprise adhérente entraînant l'application des articles L. 1224-1 et suivants du code du travail, il appartient à l'entreprise (ou à son représentant) de notifier cette évolution à l'organisme assureur gestionnaire.

Le terme de l'adhésion intervient alors à la date d'effet du transfert des contrats de travail.

Si le nouvel employeur, à l'issue d'une opération de restructuration d'entreprise prévue à l'article L. 1224-1 du code du travail, ne relève pas du champ d'application de la convention collective nationale du tourisme social et familial, il peut adhérer au présent régime pour le personnel transféré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-14 du code du travail. Son adhésion prend effet à la date du transfert des contrats de travail et se termine au plus tard à l'expiration du délai précisé à l'article L. 2261-14 du code du travail.

Article 8

Effet et durée

Le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans et prendra effet le 1^{er} janvier 2017.

Les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 30 juin 2017 pour se mettre en conformité avec les dispositions du présent accord.

Article 9

Suivi

Le régime frais de santé et le régime de prévoyance sont administrés par la commission paritaire nationale de prévoyance (CPNP).

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission paritaire nationale de prévoyance.

La CPNP observera la mise en œuvre de cet accord et fera notamment un focus sur l'application du chèque santé.

Les conditions de suivi technique des régimes sont précisées par les dispositions du protocole technique et financier.

Sur le fondement de modifications réglementaires ou législatives ou en vue de maintenir l'équilibre financier du régime les garanties et les cotisations de présent régime ne peuvent être modifiés qu'en accord avec la commission paritaire nationale de prévoyance et après la présentation des comptes pas les organismes assureurs.

Article 10

Sécurisation juridique

L'accord du 5 juin 2006 et ses différents avenants sont supprimés et remplacés par ce présent accord à compter du 1^{er} janvier 2017. Il demeure toutefois en vigueur jusqu'au 30 juin 2017 pour les entreprises qui n'auraient pas souscrit au dispositif instauré par le présent accord avant cette date.

Article 11

Formalités et publicité

Cet accord fera l'objet des formalités de dépôt prévues aux articles L. 2231-6 et suivants du code du travail et d'une demande d'extension.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions légales. 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 conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux peuvent se réunir dans les 3 mois suivant la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution. L'accord peut être conclu, y compris avant l'expiration du délai de préavis de 3 mois.

Fait à Paris, le 17 novembre 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

TABLEAUX DE GARANTIES

Ensemble du personnel

Garanties santé/régime général et régime Alsace-Moselle

Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS de la sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME surcomplémentaire (y compris les garanties du socle), adhésion facultative
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires – signataires CAS	180 % BR	280 % BR
Honoraires – non signataires CAS	160 % BR	160 % BR
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non conventionné	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (y compris maternité)	1,3 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	1,3 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – signataires CAS	180 % BR	270 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – non signataires CAS	160 % BR	160 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – signataires CAS	180 % BR	270 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – non signataires CAS	160 % BR	160 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – signataires CAS	180 % BR	270 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non signataires CAS	160 % BR	160 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	160 % BR	260 % BR
Auxiliaires médicaux	160 % BR	260 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 300 €/oreille/an/bénéficiaire
Orthopédie, prothèses médicales	100 % BR	210 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
Pharmacie		
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS de la sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME surcomplémentaire (y compris les garanties du socle), adhésion facultative
Transport		
Transport remboursé par la sécurité sociale	165 % BR	165 % BR
Frais dentaires		
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % BR	280 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale : – couronnes, bridges et inter de bridges – couronnes sur implant – prothèses dentaires amovibles – réparations sur prothèses – inlays-cores	280 % BR	370 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : – couronnes et bridges – prothèses dentaires provisoires – réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	–	–
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	135 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	–	–
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	–	–
Implants (implant + pilier implantaire)	–	300 €/implant (maxi 3 implants/an/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)		
Monture adulte	120 €	150 €
Monture enfant	80 €	110 €
Verre unifocal	125 €	160 €
Verre multifocal	200 €	250 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 150 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	–	300 €/œil/an /bénéficiaire
Maternité et adoption		
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	Néant	Néant
Prévention et autres soins		
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale : honoraires et soins (y compris forfait thermal pris en charge par la sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS de la sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME surcomplémentaire (y compris les garanties du socle), adhésion facultative
Forfait pour cure thermale remboursée par la sécurité sociale	–	100 €/an/bénéficiaire
Médecine douce (ostéopathe, homéopathe, chiropracteur)	25 €/séance (maxi 5 séances/an/bénéficiaire)	35 €/séance (maxi 5 séances/an/bénéficiaire)
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (2)	Pris en charge	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) 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>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>		

Garanties prévoyance hors OCIRP

MONTANT DES PRESTATIONS EN % TAB	PERSONNEL NE RELEVANT pas des articles 4, 4 bis et 36 de la convention collective nationale de 1947	PERSONNEL RELEVANT des articles 4, 4 bis et 36 de la convention collective nationale de 1947
Capital décès – PTIA toutes causes		
Quelle que soit la situation de famille du participant	100 % TAB	200 % TAB
Majoration par enfant à charge	–	–
Majoration décès par accident		
Quelle que soit la situation de famille du participant	–	–
Double effet conjoint (décès du conjoint simultané ou postérieur à celui du participant)		
Capital à répartir entre les enfants à charge	100 % du capital décès toutes causes	
Allocation obsèques		
Décès du participant, du conjoint ou d'un enfant à charge (allocation limitée aux frais réels pour les enfants de moins de 12 ans)	105 % PMSS	
Incapacité de travail (sous déduction de la rémunération éventuellement maintenue par l'employeur. En complément des prestations de la sécurité sociale. Le cumul des indemnités perçues au titre du régime général de la sécurité sociale, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnisations chômage et des indemnités ou rentes complémentaires est limité au salaire net)		
Franchise	90 jours discontinus	
Indemnités journalières en cas d'accident ou de maladie non professionnels	30 % TA + 80 % TB	
Indemnités journalières en cas d'accident ou de maladie professionnels	21 % TAB	
Invalidité (en complément des prestations de la sécurité sociale. Le cumul des indemnités perçues au titre du régime général de la sécurité sociale, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnisations chômage et des indemnités ou rentes complémentaires est limité au salaire net)		
Rente 1 ^{re} catégorie	18 % TA + 48 % TB	
Rentes 2 ^e et 3 ^e catégories	30 % TA + 80 % TB	

MONTANT DES PRESTATIONS EN % TAB	PERSONNEL NE RELEVANT pas des articles 4, 4 bis et 36 de la convention collective nationale de 1947	PERSONNEL RELEVANT des articles 4, 4 bis et 36 de la convention collective nationale de 1947
Invalidité pour cause d'accident du travail et maladie professionnelle (en complément des prestations de la sécurité sociale. Le cumul des indemnités perçues au titre du régime général de la sécurité sociale, des éventuelles fractions de salaire ou des indemnisations chômage et des indemnités ou rentes complémentaires est limité au salaire net), N étant le taux d'incapacité		
Taux d'incapacité N < 33 %	Néant	
Taux d'incapacité N entre 33 % et 66 %	(30 % TA + 80 % TB) × (3N/2)	
Taux d'incapacité N ≥ 66 %	30 % TA + 80 % TB	
CVDS : célibataire, veuf, divorcé, séparé judiciairement. PTIA : perte totale et irréversible d'autonomie.		