

Accord collectif départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE
ET DES EXPLOITATIONS HORTICOLES ET PÉPINIÈRES
(Seine-Maritime et Haute-Normandie)
(22 septembre 2009)

AVENANT N° 3 DU 27 NOVEMBRE 2015
À L'ACCORD DU 22 SEPTEMBRE 2009 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ
NOR : AGRS1797009M

Entre
FNSEA 76
FD CUMA de Seine-Maritime
Fédération nationale des producteurs horticulteurs et pépinières de Haute-Normandie

D'une part, et
UR des syndicats agroalimentaires CFDT
UD CFTC-Agri de Haute-Normandie
FGTA FO
Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT de Normandie
SNCEA CFE-CGC

D'autre part,
il a été convenu de ce qui suit :

PRÉAMBULE

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 22 septembre 2009 relatif à un régime d'assurance complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie.

En conséquence, le présent avenant a pour but de mettre l'accord du 22 septembre 2009 en conformité avec les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et avec les nouvelles dispositions légales concernant les régimes collectifs d'assurance complémentaire santé.

En conséquence, l'accord départemental d'assurance frais de santé du 22 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 3 « Bénéficiaires » sont supprimées et l'article 3 est remplacé comme suit :

« Article 3

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

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

à l'exclusion :

- des cadres 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 11 ci-après du présent accord, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif dont le travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1^{er} peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévu par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé.

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 3 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 douze 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 douze 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.

La demande d’exclusion doit être notifiée par écrit avant la fin du 1^{er} mois qui suit l’obtention de la condition d’ancienneté de 3 mois.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d’affiliation, il doit en informer l’employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l’assurance complémentaire frais de santé à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d’application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l’organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. 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 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 2

Il est créé un article 3.3 intitulé « Offre à adhésion individuelle et facultative » rédigé comme suit.

« Article 3.3

Offre à adhésion individuelle et facultative

Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultative offrant des prestations identiques à un taux de cotisation global identique à celui de la garantie obligatoire.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe III du présent accord.

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner aux salariés ayant l'ancienneté requise la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille (ayants droit : conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe III du présent accord. »

Article 3

Les dispositions de l'article 4 « Garanties » sont supprimées. Il est créé un article 4.1 et un article 4.2. L'article 4 est donc remplacé comme suit :

« Article 4

Garanties

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Article 4.1

Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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 I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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 4.2

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.

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 4

L'article 5 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 5

L'article 6 « Cotisations » devient l'article 5 et son titre et ses dispositions sont modifiés. Les articles 6.1 « Montant de la cotisation » et 6.2 « Appel et recouvrement des cotisations » sont supprimés et remplacés par un article 5 unique intitulé « Financement du dispositif frais de santé ».

Les dispositions de l'article 6 sont donc modifiées en conséquence comme suit :

« Article 5

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du présent régime 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, 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'art. 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 présent dispositif obligatoire frais de santé.

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale). »

Article 6

Les dispositions de l'article 7 « Règlement des prestations et tiers payant » sont modifiées et son titre est modifié. L'article 7 devient l'article 6 et en conséquence est modifié comme suit :

« Article 6

Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur. »

Article 7

Les dispositions de l'article 8 « Cessation des garanties » sont supprimées et sont remplacées comme suit et son titre est également modifié. L'article 8 devient l'article 7 et est modifié comme suit.

« Article 7

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

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 *bis*, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la 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 six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six 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'art. 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1^{er} 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 applicables 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. »

Article 8

L'article 9 « Suspension du contrat » devient l'article 8 et son titre et ses dispositions sont modifiés comme suit :

« Article 8

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

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 trois premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

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

- le congé de formation ;
- le congé d’enseignement ou de recherche.

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

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

L’adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s’ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé et prévoyance 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 un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l’employeur.

Par ailleurs et s’agissant de l’extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue en annexe II du présent accord continueront de verser la cotisation auprès de l’organisme gestionnaire.

Article 10

L’article 9 *bis* « Portabilité » devient l’article 8 *bis* :

« Article 8 *bis* *Portabilité*

Les salariés entrant dans le champ d’application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé 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. Ces dispositions figurent en annexe III 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 11

L’article 10 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » devient l’article 9 et change de titre et de rédaction :

« Article 9 *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 cadres 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 départementale 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 du présent accord 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 FNSEA de Seine-Maritime. »

Article 12

L'article 11 « Antériorité des régimes d'entreprise » devient l'article 10. Les 2^e et 3^e alinéas de l'article 11 sont modifiés comme suit :

« Article 10

Antériorité des régimes d'entreprise

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 présent régime frais de santé 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 coexistants, 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 13

L'article 12 « Recours contre des tiers responsables » devient l'article 11 et est modifié comme suit :

« Article 11

Recours contre les tiers responsables

« En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales. »

Article 14

L'article 13 « Clause de réexamen » est supprimé.

Article 15

Il est ajouté un nouvel article « Information des salariés » qui devient l'article 12 et est rédigé comme suit :

« Article 12

Information des salariés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'orga-

nisme assureur – auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord – laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription. »

Article 16

L'annexe I présente le nouveau tableau des garanties du présent dispositif frais de santé mis en conformité avec les dispositions légales et réglementaires.

Une annexe III intitulée « Offres à adhésion individuelle et facultative » est créée.

Article 17

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1^{er} 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 à l'unité territoriale de Seine-Maritime de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Haute-Normandie.

Fait à Rouen, le 27 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau Garantie complémentaire santé



ACCORD DE SEINE-MARITIME ET HORTI DE HAUTE NORMANDIE

Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés.
Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au TM (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques)
Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optiques).
Remboursements sous réserve de respect du Parcours de soins

Tableau de garanties

Nature des frais	Régime hors Alsace Moselle		Remboursement total
	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire Régime de base inclus
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70% BR	30%	100%
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	50%	50%
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	30%	30%
Sage femmes	70% BR	30%	100%
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40%	100%
Analyses, examens de laboratoire	de 60% à 100% BR	0 à 40%	100%
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	70% BR	30%	100%
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35% à 70% BR	30 à 65%	100%
Autres actes techniques	70% BR	30%	100%
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35%	100%
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70%	100%
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%	100%
HOSPITALISATION			
Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	0 à 20%	100%
Honoraires	80% ou 100% BR	0 à 20%	100%
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	155%	155%
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour/an/bénéficiaire)	-	30€/j	30€/j
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-	25€/j limité à 60 j/an	25€/j limité à 60 j/an
Maternité (4)		1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150€ pour la monture.			
Monture + 2 verres	60% BR	365 €	60% + 365€
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	390%BR + 250€/an/benef	450%BR + 250€/an/benef
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	250€/an/benef	250€/an/benef
DENTAIRE			
Frais de soins	70% BR	30%	100%
Honoraires	70% BR	30%	100%
Inlay Cores	70% BR	55%	125%
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implanto-portée)	70% BR	140%+crédit 300€/an/benef	210%+crédit 300€/an/benef
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	180 ou 150%	250%
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100% BR	0 à 40%	100%
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	390%+175€/an/benf/oreille	450%+175€/an/benf/oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65% ou 70% BR	35% ou 30%	100%
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65% BR	35%	100%
Forfait actes lourds ⁽³⁾	-	FR	FR

(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux Dépassements Frais médicaux.

(2) **Actes de prévention** : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage fr l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomylélie, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge);

(3) **Forfait acte lourd** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

(4) Dans la limite des frais réellement engagés

ANNEXE III

Offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultative offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique à celui de la garantie obligatoire.

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par ce dernier. L'organisme assureur proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui choisi pour le régime obligatoire dans les conditions prévues par celui-ci.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié.

2. Extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et l'organisme assureur procédera directement à la collecte de la cotisation.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire ⁽¹⁾ 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 (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

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

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 3 du présent accord.

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant 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 bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d’être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur.