

Accord professionnel

**RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DES SALARIÉS AGRICOLES NON CADRES DES ENTREPRISES
ET EXPLOITATIONS DE POLY CULTURE ET D'ÉLEVAGE,
DES EXPLOITATIONS MARAÎCHÈRES
ET DE CULTURES LÉGUMIÈRES DE PLEIN CHAMP ET DES CUMA
(Eure)
(9 juillet 2009)**

AVENANT N° 2 DU 11 DÉCEMBRE 2015
À L'ACCORD DU 9 JUILLET 2009 INSTAURANT UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES
NOR : AGRS1797072M

Entre

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Eure

Fédération des coopératives d'utilisation de matériels agricoles de l'Eure

D'une part, et

Syndicat des salariés de la production agricole CFDT (section de l'Eure)

CFTC-Agri (section de l'Eure)

Union départementale des syndicats ouvriers confédérés CGT-FO (section de l'Eure)

SCEA CFE-CGC

Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT de Normandie

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations suite à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;

- de l'obligation de se conformer aux nouvelles dispositions réglementaires et de respecter la couverture minimale de garantie dite « panier de soins ANI » telle que définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale; de l'obligation de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contenu des contrats complémentaire santé « responsables » bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015,

et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, les modifications qui suivent sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord départemental du 9 juillet 2009 :

Article 1^{er}

Le texte du 1^{er} alinéa de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas de la convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952 ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC;
- ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise;
- et relevant du champ d'application 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 3 mois d'ancienneté. »

Article 2

Le texte du paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Dispense d'affiliation des salariés

Ont par ailleurs, la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation, les salariés se trouvant dans l'un des cas ci-dessous :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garantie;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de la justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties;
- les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel;
- 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 (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :
- dispositif de protection sociale complémentaire 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 local d’Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- 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).

Cas particulier. – Salarié à employeurs multiples

Dans le cas d’un salarié employé par plusieurs employeurs 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 couverture complémentaire santé. Il s’agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d’ancienneté requise pour bénéficier des garanties du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et les salariés concernés.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture complémentaire santé ne pourra être considéré comme respecté qu’à la condition que le salarié se dispense d’adhérer, conformément aux modalités décrites ci-avant, 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.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l’être en tant qu’ayant droit.

Au jour de l’entrée en vigueur du présent avenant, les nouveaux salariés concernés doivent faire leur demande d’exclusion par écrit adressée à l’employeur avant la fin du premier mois d’application de l’avenant, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l’entrée en vigueur de l’avenant, la demande d’exclusion doit être faite par écrit à l’employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l’obtention de la condition de 3 mois d’ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d’adhésion facultative, il doit en informer l’employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d’en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l’assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d’exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l’employeur. »

Article 3

Le texte de l'article 5 « Garanties » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Article 5

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations du régime ainsi que les obligations du contrat responsable, et celles relatives à la complémentaire santé minimale, sont présentés dans les annexes jointes au présent avenant. »

Article 4

Le texte du paragraphe Définition des ayants droit du salarié de l'annexe II « Les offres à adhésion individuelles et facultatives » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Définition des ayants droit

Sont considérés comme ayants droit :

- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du participant à condition d'être à la charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur ;
- le conjoint : le conjoint du participant non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : la personne vivant en concubinage avec le participant, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :
 - le participant et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un pacte civil de solidarité – Pacs avec une autre personne) ;
 - une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de sécurité sociale du participant ou de chacun des intéressés est adressée à l'assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du régime de protection sociale de base en vertu du 1^{er} alinéa de l'article L. 161-14 du code de la sécurité sociale, à défaut, le plus âgé sera retenu ⁽¹⁾.

En cas de mariage ou de remariage du participant ou de concubin d'un Pacs par celui-ci, cette disposition devient caduque de plein droit.

- l'enfant à charge : l'enfant du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin :
 - âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime obligatoire de protection sociale du chef du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin ;
 - âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;

(1) Cette phrase est exclue du champ de l'extension.

- âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. Le handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti ;
- le partenaire : le cocontractant d'un Pacs. Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (art. 515-1 du code civil) ;
- ainsi que les enfants du participant nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès. »

Article 5

Les modifications suivantes sont apportées au paragraphe 1 « Taux et répartition de la cotisation "Isolé" » obligatoire, de l'article 7.1 « Montant de la cotisation » :

- « La cotisation "Isolé" obligatoire est répartie comme suit :
- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié. »

Article 6

Les dispositions de l'article 7 « Cotisations » sont complétées par le paragraphe 7.3 suivant :

« 7.3 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance Complémentaire santé, au moins 1 % de la couverture Complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles 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 maladies professionnelles 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 entreprises ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini à l'article 11 "Suspension du contrat de travail". »

Article 7

Le texte de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » est abrogé et remplacé par le texte suivant :

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

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans verse-

ment 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 indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

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

Article 8

Entrée en vigueur. – Extension

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord départemental du 9 juillet 2009.

Fait à Guichainville, le 11 décembre 2015

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE
Frais médicaux	
Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes	
- adhérent au CAS	TM + 70% BR
- non adhérent au CAS (y compris non conventionné)	TM + 50 % BR
Actes de spécialités	
- médecin adhérent au CAS	TM + 70% BR
- médecin non adhérent au CAS (y compris non conventionné)	TM + 50 % BR
Auxiliaire médicaux	TM+ 60 % BR
Sages-femmes	TM + 70 % BR
Analyses, examens de laboratoire	TM+ 60 % BR
Cure thermique pris en charge par le RO	
- (honoraires et traitements thermiques)	TM
- Indemnité par an et par personne	125 €
Radiographie, électroradiologie	
- médecin adhérent au CAS	TM + 70% BR
- médecin non adhérent au CAS (y compris non conventionné)	TM + 50 % BR
Actes de prévention responsable	TM
Pharmacie	
Pharmacie remboursée à 65% - 30% - 15 % par le RO	TM
Optique	
<i>Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150€ et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période d'un an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</i>	
Verres simples⁽⁰⁾	230 €
Verres mixtes simple/complexe⁽⁰⁾	260 €
Verres mixtes simple/très complexe⁽⁰⁾	260 €
Verres complexes	290 €
Verres mixtes complexe/très complexe	290 €
Verres très complexes	300 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	TM + 100 €

NATURE DES RISQUES (suite)	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE (suite)
Dentaire	
Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core)	TM + 195 % BR
Soins dentaires <ul style="list-style-type: none"> - Hors inlay/onlay - Inlay/onlay 	TM TM + 195 % BR
Orthodontie prise en charge par le RO	TM + 200 % BR
Orthodontie non prise en charge par le RO par an et par personne assurée,	200 €
Implantologie	200 €/ an
Parodontologie	75 €/ an
Appareillage	
Prothèses médicales et orthopédiques (hors audiprothèses) - Frais d'appareillage (hors optique)	TM + 60 % BR
Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO par équipement et par personne	TM
Avec un supplément par oreille et par période de 3 ans	150 €
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjour <ul style="list-style-type: none"> - Secteur conventionné - Secteur non conventionné 	100 % FR TM + 80 % BR
Honoraires - Actes de chirurgie <ul style="list-style-type: none"> - Médecin adhérent au CAS - Médecin non adhérent au CAS (y compris non conventionné) 	TM + 180 % BR TM + 100 % BR
Chambre particulière	50 €/ jour

NATURE DES RISQUES (suite)	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE (suite)
Forfait hospitalier	100 % FR
Frais d'accompagnement (lit + repas)	30 €/ jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	TM + 65 % BR
Maternité (secteur conventionné ou non)	
Dépassement d'honoraires* et chambre particulière * pour les honoraires des praticiens Non CAS, dans le limite de : TM + 125 % BR jusqu'au 31/12/2016 TM + 100 % BR à partir du 01/01/2017	crédit d' 1/3 PMSS ⁽⁴⁾ / bénéficiaire / maternité
Prévention et santé au quotidien	
Actes de prévention responsable pris en charge par le RO	100 % BR dans la limite du remboursement au titre de l'un des postes prévus ci-avant selon la nature de l'acte concerné
Vaccins, Moyens contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO par an et par personne	50 €
Substituts nicotiniques pris en charge par le RO par an et par personne	50 €
Consultations diététiques par an et par personne	28 €
Ostéopathie - Chiropractie par séance et par personne	20 €/séance limité à 2 séances par an
Assistance ⁽⁵⁾	Inclus

ANNEXE III

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS

Contrat solidaire et responsable

Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les complémentaires santé « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant en annexe ci-après :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R. 871-2 précité ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas au contrat d'accès aux soins ;
 - et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant au contrat d'accès aux soins, ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R. 871-2 ci-annexé ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par les régimes obligatoires de protection sociale pour calculer leurs prestations en nature :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R. 871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et/ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement ;
 - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garanties, limiter en tout état de cause, le remboursement de la monture au montant maximum de garantie réglementairement prévu à cet effet ;
 - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R. 871-2 ci-annexé.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par les régimes obligatoires de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant

ou

- consulte un médecin hors parcours de soins

ou encore

- refuse de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours, l'autorisation d'avoir accès à des informations contenues dans son dossier médical personnel nécessaires à la coordination des soins et/ou de le compléter ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires par rapport au tarif retenu par les régimes obligatoires de protection sociale pour effectuer leur remboursement, que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgés de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 € conformément aux dispositions de l'article R. 322-9-2 du code de la sécurité sociale.

- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Au 1^{er} janvier 2015, le montant de cette franchise est fixé, conformément aux dispositions de l'article D. 322-5 du code de la sécurité sociale, à :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par trajet pour les transports sanitaires.

Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre, prévoir des montants de remboursement complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D. 911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations en nature (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris) ;
- une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
 - 100 € pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
 - 150 € pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

ANNEXE IV

TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ⁽¹⁾ ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité ⁽²⁾ et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

(1) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(2) L'article 4 du décret n° 2014-1374 précité précise :

« Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016. »

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.