

Convention collective nationale

**IDCC : 7007. – COOPÉRATIVES AGRICOLES DE TEILLAGE DU LIN
(21 mars 1985)**

(Étendue par arrêté du 26 août 1985,
Journal officiel du 5 septembre 1985)

ACCORD DU 15 DÉCEMBRE 2016

RELATIF À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : *AGRS1797193M*
IDCC : 7007

Entre

Fédération syndicale du teillage agricole du lin (FESTAL)

D'une part, et

CFTC-Agri

FGA CFDT

FGTA FO

Fédération nationale agroalimentaire CFE-CGC

UNSA 2A

D'autre part

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a institué la généralisation de la couverture complémentaire santé. Par le présent accord, les partenaires sociaux conviennent d'améliorer de façon significative les régimes de protection sociale existant dans les coopératives de teillage de lin et chanvre.

Le régime collectif à adhésion obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé institué par le présent accord de branche comprend la couverture de tout ou partie des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire de mutualité sociale agricole ou de caisse primaire d'assurance maladie.

Soucieux d'améliorer le statut social des salariés – tout en préservant le régime de couverture existant dans les entreprises de la branche – les partenaires sociaux instaurent par le présent accord une couverture minimum de branche, plus favorable que la couverture réglementaire, qui devra être assurée pour chaque salarié (et ses ayants droit) relevant de la convention collective, quel que soit le prestataire ou le régime qui le couvre, étant expressément rappelé que les entreprises de la branche sont libres d'adhérer à l'organisme de leur choix.

Ce régime frais de santé est conforme à la législation et à la réglementation relatives aux contrats dits responsables définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, et relatives au dispositif de généralisation de la complémentaire santé défini aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des coopératives de teillage de lin (IDCC 7007).

Article 2

Bénéficiaires à titre obligatoire

2.1. Définition des salariés

Sont bénéficiaires de la couverture minimum de branche en matière de remboursements complémentaires des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisations et autres soins mis en place par le présent accord, tous les salariés inscrits à l'effectif d'une entreprise entrant dans le champ d'application cité à l'article 1^{er} du présent accord, et ce, sans condition d'ancienneté.

Cette couverture s'étend aux ayants droit tels que définis à l'article 2.2 du présent accord de branche.

L'adhésion au régime de complémentaire santé des salariés et de leurs ayants droit est obligatoire, sauf cas de dispense d'affiliation tels que prévus par l'article 3 du présent accord.

À ce titre, les salariés devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle et auront l'obligation d'informer l'entreprise de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale, dans les meilleurs délais.

2.2. Définition des ayants droit

Conjoint

Est considéré comme ayant droit, le conjoint du salarié, c'est-à-dire non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non divorcé ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs).

En l'absence de conjoint, est considéré comme ayant droit le concubin du salarié : célibataire, divorcé ou veuf. Le concubin s'entend de la personne qui vit en concubinage avec l'assuré. Le concubinage doit être notoire et permanent (production d'une attestation sur l'honneur et des documents justifiant le domicile commun) pendant une durée d'au moins 2 ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union.

Tant que le mariage n'est pas dissous, le conjoint légitime de l'assuré principal peut disposer d'un droit au remboursement, excluant de ce fait, et sans recours possible, le concubin de l'accès aux garanties. En cas de divorce de l'assuré, les droits aux prestations d'un concubin prennent effet au lendemain de la date du jugement de dissolution du mariage.

Enfants à charge au sens de la sécurité sociale

Sont considérés comme ayants droit, les enfants de moins de 21 ans, considérés comme ayants droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, du salarié et de son conjoint, ou de son partenaire de Pacs ou de son concubin ou qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du Smic.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 28 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et bénéficient du régime des étudiants. Sont assimilés à des étudiants les enfants qui poursuivent leurs études dans le cadre d'un contrat en alternance et bénéficient de revenus inférieurs à 55 % du Smic.

Sont également considérés comme ayants droit quel que soit leur âge, les enfants du salarié et ceux de son conjoint, ou de son partenaire de Pacs ou de son concubin, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire.

Article 3

Cas de dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion *Cas de dispense d'affiliation*

Le présent accord dispose que s'applique l'ensemble des exceptions au principe d'adhésion obligatoire prévues par la législation en vigueur.

Ainsi, les salariés auront la faculté de refuser l'adhésion au régime, selon les cas de dispense cités aux articles R. 242-1-6, D. 911-2, D. 911-3 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale :

Cas n° 1 : salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure – la dispense peut alors jouer jusqu'à échéance du contrat individuel ;

Cas n° 2 : salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire relevant d'un dispositif de prévoyance frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre, à condition de le justifier chaque année. Cependant, les apprentis qui ne seraient pas pris en charge en qualité d'ayants droit dans un autre régime ne peuvent faire l'objet de cette dispense.

Ce cas de dérogation concerne également les couples salariés dans l'entreprise. Dans la mesure où le régime couvre les ayants droit du salarié tel que défini à l'article 2.1 du présent accord, il est possible de n'y faire adhérer qu'un seul des deux membres du couple dès lors que l'autre est couvert en qualité d'ayant droit de son conjoint. Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre, ces salariés devront en formuler la demande expresse, par écrit auprès de la direction de l'entreprise, et indiquer à cette occasion lequel des deux membres du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime ;

Cas n° 3 : ayants droit déjà couverts au titre d'un régime obligatoire d'entreprise ou d'un régime de la fonction publique ou d'un contrat d'assurance groupe issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 (dispositif « loi Madelin ») ;

Cas n° 4 : 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

Cas n° 5 : salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

Cas n° 6 : 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, quelle que soit leur date d'embauche ;

Cas n° 7 : les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Les salariés demandant une dispense sont informés par l'employeur des conséquences de leur choix :

- la perte du bénéfice de la participation employeur pour le financement de leur couverture santé ;
- la perte du bénéfice de la portabilité décrite à l'article 6.2 ;
- et la perte du bénéfice du maintien des mêmes garanties avec une cotisation ne pouvant excéder 50 % de celle des actifs en cas de départ en retraite ou en raison d'une incapacité ou d'une invalidité (étant entendu que l'assureur ne peut refuser ce maintien quel que soit l'état de santé de l'intéressé).

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire, chaque année, la demande de dispense accompagnée des justificatifs, des salariés concernés. Cette demande devra comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé des conséquences de son choix.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils ne rempliront plus les conditions ci-dessus ou qu'ils cesseront de fournir, chaque année, les justificatifs relatifs à leur demande de dispense.

Les salariés pourront décider de ne pas étendre la présente garantie à leurs ayants droit, et partant, cotiser au tarif « isolé » malgré leur situation de famille réelle, selon les cas de dispense mentionnés au cas n° 3.

Afin de bénéficier d'une telle dérogation, les salariés concernés doivent justifier chaque année et par écrit, de la couverture dont bénéficient leurs ayants droit en fournissant à la société une attestation de couverture. À défaut de fournir à la société les justificatifs requis le 1^{er} janvier de chaque année, ces salariés seront contraints d'acquitter la cotisation afférente à leur situation familiale objective.

À titre informatif, il est rappelé que les salariés remplissant les conditions prévues aux articles L. 911-7-III et D. 911-7 du code de la sécurité sociale pourront, de droit, et à leur initiative, se dispenser d'adhérer à la couverture Frais de santé en vigueur dans leur entreprise.

Au titre de l'article L. 911-7-1 – IV du code de la sécurité sociale, et sous réserve d'en remplir les conditions, les salariés ayant fait valoir la dispense prévue au 2^e alinéa du III de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale auront droit au « versement santé – chèque santé ».

L'employeur informera par écrit les salariés concernés de leurs droits relatifs à cette dispense de droit et du bénéfice du versement santé ainsi que des conditions à remplir à ce titre.

Article 4

Garanties

La couverture du système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé fait l'objet d'un contrat souscrit auprès d'un organisme assureur. L'ensemble des garanties souscrites respecte, en toutes circonstances, le cahier des charges des contrats dits solidaires et responsables conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les garanties souscrites ne constituent, en aucun cas, un engagement pour l'entreprise, qui n'est tenue à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations, et aux garanties minimales imposées par le présent accord de branche et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Par conséquent, les garanties mises en œuvre par le contrat d'assurance relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur retenu, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Sont exclues des garanties toutes les dépenses non prises en charge par la sécurité sociale, conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

La nature et le montant des prestations du régime de couverture complémentaire frais de santé sont présentés dans le tableau figurant en annexe I du présent accord.

Chaque salarié est libre de contracter des garanties additionnelles venant compléter le niveau de garanties du présent accord de branche. Ces garanties optionnelles seront intégralement financées par les salariés.

Article 5

Répartition des cotisations entre employeur et salarié

Les cotisations sont assises sur la situation familiale réelle du salarié et se déclinent de la manière suivante :

COTISATION « ISOLÉ »	SALARIÉ SEUL
Cotisation « Duo »	Salarié et une personne (conjoint ou enfant à charge)
Cotisation « Famille »	Salarié et deux personnes ou plus (conjoint et/ou enfant(s) à charge)

Les cotisations au titre de la couverture minimale obligatoire de branche, et dont le taux est indexé sur le plafond mensuel de la sécurité sociale, sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes, conformément à la législation en vigueur :

- part patronale : 50 % ;
- part salariale : 50 %.

Les éventuelles variations futures des cotisations sont réparties entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues ci-dessus.

La quote-part salariale de la cotisation de la couverture collective obligatoire est retenue mensuellement par précompte sur la rémunération brute du salarié et figure sur le bulletin de paie.

Concernant les cotisations et répartition de la cotisation en cas de pluralité d'employeurs et de travail à temps partiel, il sera fait application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 6

Maintien de la couverture minimum de branche en cas de suspension du contrat de travail et maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

6.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions suivantes :

- pour cause de maternité, de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ;
- dans les autres cas de suspension du contrat de travail ouvrant droit à un maintien, total ou partiel, de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. L'employeur et le salarié continuent de verser la même cotisation qu'avant la suspension du contrat de travail, pendant la durée de ladite suspension ;
- dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie est également maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et sous réserve :
 - d'une demande exprimée par l'intéressé au plus tard dans les 30 jours suivant le début de la suspension du contrat de travail ;
 - du règlement de l'intégralité de la cotisation correspondante (part salariale et part patronale) par l'intéressé.

6.2. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Les salariés bénéficiaires ainsi que leurs ayants droit, auront droit au maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le droit à portabilité est ainsi subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

Les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les modalités prévues par la notice d'information qui lui a été remise, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations.

6.3. Maintien au titre de l'article 4 de la loi Évin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, peuvent, dans les cas visés ci-après, demander à bénéficier d'une couverture auprès de l'assureur sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

1. Les anciens assurés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre du mécanisme de portabilité prévu à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

2. Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès. Le souscripteur en informe l'assureur dans un délai de 15 jours qui adresse des propositions de couverture à ces personnes dans le délai de 2 mois à compter du décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Évin incombe à l'organisme assureur. L'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Article 7

Obligations d'information

Les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Les entreprises de la branche remettent à chacun des salariés concernés, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, la notice d'information de l'assureur qu'elles auront choisi. De même, en cas de modifications apportées aux droits et obligations des salariés, une nouvelle notice sera établie par l'assureur retenu et devra être remise à chaque salarié par l'entreprise.

La preuve de la remise de la notice au salarié et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'entreprise.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les entreprises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application des dispositions législatives et réglementaires et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

Article 8

Antériorité des régimes frais de santé en place dans les entreprises

Les entreprises disposant déjà, à la date d'effet du présent accord prévue à l'article 10 ci-dessous, d'un régime de frais de santé mis en place selon les dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale dont le niveau de garanties est équivalent, selon la situation réelle du salarié, à celui de la couverture minimum de branche selon le tableau de garanties figurant en annexe I et, respectant la répartition des cotisations appelées au titre de la couverture minimum de branche telle que définie à l'article 5 « cotisations » du présent accord, peuvent conserver leur régime en vigueur.

À défaut, les entreprises disposent d'un délai de 6 mois à compter de la date d'effet du présent accord pour se mettre en conformité.

Article 9

Commission nationale paritaire de suivi

La commission nationale paritaire aura en charge le suivi de l'accord, à savoir d'étudier l'ensemble des questions posées par l'application de ce régime et de veiller à son bon fonctionnement dans les entreprises de la branche.

Elle se réunira au moins une fois par an.

Article 10

Date d'effet

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017, et en tout état de cause le premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* et, de ce fait, deviendra obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ de la convention collective précitée.

Article 11

Modalités de dénonciation

Le présent accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires conformément aux dispositions du code du travail.

Article 12

Modification du cadre législatif ou réglementaire

Les dispositions du présent accord ont été adoptées dans un cadre législatif et réglementaire en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront révisées sans délai, en tout ou partie, en cas de modification ou d'évolution des textes législatifs ou réglementaires.

Article 13

Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues à l'article D. 2231-2 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord.

Fait à Rouen, le 15 décembre 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I – GARANTIES

BR = Base de remboursement de la MSA

FR = Frais réels

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2016 : 3 218 €)

Sauf cas particulier, les garanties en % BR incluent le remboursement de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION				
Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Frais de séjour établissements conventionnés	-	Frais Réels	80% frais séjour et honoraires médicaux sur base tarifs en vigueur	20% frais séjour et honoraires médicaux sur base tarifs en vigueur
Frais de séjour établissements non conventionnés	BR	300%	80%	220%
Honoraires (consultations et actes techniques) - Pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	BR	300%	70%	230%
Honoraires (consultations et actes techniques) - Pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	200%	70%	130%
Franchise hospitalière	BR	100%	0 €	18 €
Forfait journalier hospitalier <i>Sans limitation de durée dans les établissements de santé</i>	-	Frais Réels	0 €	18 €
Chambre particulière avec nuitée <i>En € / jour, plafonnés à 60 jours / année civile</i>	Euros	60 €	0 €	60 €
Frais d'accompagnement (y compris lit) <i>En € / jour, plafonnés à 60 jours / année civile pour les enfants de moins de 16 ans et les ascendants de plus de 70 ans</i>	Euros	50 €	0 €	50 €

Les garanties en % BR incluent le remboursement de la Sécurité sociale

SOINS MEDICAUX COURANTS				
Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Consultations spécialistes, actes techniques, radiologie : médecins signataires du contrat d'accès aux soins	BR	270%	70%	200%
Consultations spécialistes, actes techniques, radiologie : médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	200%	70%	130%
Consultations généralistes : médecins signataires du contrat d'accès aux soins	BR	180%	70%	110%
Consultations généralistes : médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	160%	70%	90%
Auxiliaires médicaux	BR	125%	60%	65%
Analyses	BR	125%	de 60% à 70%	de 65% à 55 %
Transport	BR	100%	65% des frais engagés	35%
Grands et petits appareillages pris en charge par la Sécurité sociale <i>Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils</i>	BR	250%	Variable selon l'acte	Complément selon l'acte
Prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale <i>En BR + € / an + forfait en € tous les 2 ans</i>	BR + Euros	125 % + 400 €	60%	65% + 400 €

Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Séances d'ostéopathie, acupuncture, diététicien, étiopathie, chiropractie, de podologie / pédicure, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie, <i>Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue</i>	Euros	40 € dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	0 €	40 € dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Cures thermales prises en charge : honoraires, transport et hébergement	BR	100%	Si accord MSA d'une durée de 18 j :	Complément dans la limite de la BR
Consultations			70%	
Forfait thermal au tarif de convention			+65%	
Frais de transport dans la limite d'un billet SNCF A/R en 2 ^{de} classe			+65%	
Frais de séjour sur la base d'un forfait fixe de 150,01 €			+65%	

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour le complément prothèses médicales prises en charge par la Sécurité sociale, l'allocation naissance et les transports et hébergement pour les cures thermales

PHARMACIE

Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Médicaments à service médical rendu majeur ou important**	BR	100%	65%	35%
Médicaments à service médical rendu modéré**	BR	100%	30%	70%
Médicaments à service médical rendu faible**	BR	100%	15%	85%
Vaccins prescrits non pris en charge par la MSA <i>En € / an / bénéficiaire,</i>	Euros	60 €	0 €	60 €
Contraception non prise en charge par la MSA <i>En € / an / bénéficiaire,</i>	Euros	60 €	0 €	60 €
Sevrage tabagique <i>sur prescription médicale</i> <i>En € / an / bénéficiaire,</i>	Euros	210 €	150 €	60 € complémentaires

OPTIQUE

Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Monture +Verre simple (par verre)(1) <i>dont monture</i>	Euros	330 € dont 150 €	Verre simple : 60% de la BR -18 ans = 60% de 12,04 € (mini) +18 ans = 60% de 2,29 € (mini) Monture : 60% de la BR -18 ans = 60% de 30,49 € +18 ans = 60% de 2,84 €	330 € dont 150 €
Monture +Verre complexe (par verre)(2) <i>dont monture</i>	Euros	500 € dont 150 €	Verre complexe 60% de la BR : -18 ans = 60% de 14,94 € (mini) +18 ans = 60% de 3,66 € (mini) Monture: 60% de la BR -18 ans = 60% de 30,49 € +18 ans = 60% de 2,84 €	500 € dont 150 €
Monture +Verre hypercomplexe (par verre)(3) <i>dont monture</i>	Euros	750 dont 150 €	Verre hypercomplexe : -18 ans = 60% de 43,60 € (mini) +18 ans = 60% de 10,37 € (mini) Monture: 60% de la BR -18 ans = 60% de 30,49 € +18 ans = 60% de 2,84 €	750 € dont 150 €
Lentilles prises en charge* ou non <i>En € /an/ bénéficiaire pour les deux yeux, y compris jetables</i>	Euros	400 €	60% de 39,48 € pour les lentilles prises en charge et 0 € pour les non prises en charge	400 €

* Prise en charge du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait				
Chirurgie réfractive En € / œil / bénéficiaire Myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie	Euros	400 €	0 €	400 €

Les forfaits s'entendent remboursement de la MSA exclu dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les paires de lunettes (une monture et deux verres). Cette période est réduite à un an pour les mineurs et pour ceux dont l'évolution de la vue justifie le renouvellement d'équipement.

(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries

(2) Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif

(2) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

DENTAIRE

Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Consultations et soins dentaires	BR	200%	70%	130%
Inlay-onlay	BR	450% dans la limite de 1750 € max/bénéf/an	70% avec BR différentes selon les prothèses	complément jusqu'à 380% dans la limite de 1750 € max/bénéf/an
Prothèses dentaires prises en charge par la MSA (dont inlay-core)	BR	450% dans la limite de 1750 € max/bénéf/an	70% avec BR différentes selon les prothèses	complément jusqu'à 380% dans la limite de 1750 € max/bénéf/an
Orthodontie prise en charge par la MSA	BR	450%	70% ou 100% en fonction de l'acte, traitement par semestre	Complément de 350% ou 380%
Orthodontie non prise en charge par la MSA en €/an/bénéficiaire	BR	300 €	0 €	300 €
Implantologie en €/an/bénéficiaire	Euros	500 €	0 €	500 €

Le remboursement inclut le remboursement de la MSA sauf pour les prothèses dentaires non remboursées par la MSA, l'orthodontie non prise en charge par la MSA, l'implantologie non remboursées par la MSA

AUTRES

Actes	Assiette	Garantie	Remboursement MSA	Remboursement Organisme Assureur
Allocation naissance	Euros	300 €	0 €	300 €
Actes de prévention Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale	BR	100%	Entre 70% et 100% selon l'acte pris en charge	couverture à 100%
Garanties d'assistance pour la France métropolitaine		Incluses		Incluses

L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement au contrat