

Convention collective nationale
IDCC : 3203. – STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE DE LOISIR
ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE
(22 juin 2013)

ACCORD DU 15 SEPTEMBRE 2015
RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
NOR : ASET1550947M
IDCC : 3203

Entre
SNSAPL

D'une part, et
FNAF CGT
FGA CFDT
CFTC-Agri
SNCEA CFE-CGC
FEETS FO
UNSA Sport 3S

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

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager la mise en place d'une couverture complémentaire de remboursement de frais de santé obligatoire (ci-après « le régime de complémentaire santé »).

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche à une couverture en matière de remboursements de frais de santé de qualité (au-delà de la couverture minimale visée à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale), les partenaires sociaux ont souhaité organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur recommandé, après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence.

L'objectif poursuivi par les partenaires sociaux a également été :

- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité à travers notamment le financement de prestations d'action sociale et d'actions de prévention ;
- d'assurer un bon équilibre à long terme du régime de complémentaire santé ;
- de mettre en place un régime conforme aux prescriptions de l'article L. 871-1 et des décrets pris en application de ces dispositions ;

- de permettre aux salariés affiliés au régime de complémentaire santé obligatoire de bénéficier de garanties optionnelles, financé intégralement par le salarié (ci-après le régime de surcomplémentaire santé optionnel).

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise portant sur le même objet, met à la charge de tous les employeurs entrant dans le champ d'application du présent accord l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions ci-après définies :

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime d'assurance maladie légalement obligatoire.

Les partenaires sociaux ont souhaité recommander un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de remboursement de frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives obligatoires auprès de l'organisme choisi. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux employeurs et salariés relevant du champ d'application professionnel et géographique de la convention collective nationale des structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique.

Article 3

Salariés bénéficiaires

3.1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés des structures associatives relevant du présent accord, sans condition d'ancienneté.

3.2. Suspension du contrat de travail

3.2.1. Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

3.2.2. Autres cas de suspension du contrat de travail

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaires, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires (par exemple les salariés en congés sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création

d'entreprise ou les salariés en état d'invalidité) ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé.

Ils pourront toutefois continuer, s'ils le souhaitent, à bénéficier du régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, dans les conditions fixées aux contrats de garanties collectives, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

3.3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Toutefois, sans remise en cause du caractère obligatoire du régime et conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés suivants ont la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs 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 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Les salariés qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de l'un de ces dispositifs. La dispense d'adhésion ne peut 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 de frais de santé lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Les salariés devront produire tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance.
- Les salariés bénéficiant, pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, de prestations servies :
 - dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale à condition, lorsque le salarié est couvert en qualité d'ayants droit, que le dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ; Ce cas de figure concerne également les couples salariés au sein de la même structure associative, l'un des deux membres du couple pouvant être couvert en qualité d'ayants droit ;
 - dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Dans tous les cas, ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date de mise en place du régime ou d'embauche.

La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En outre, les salariés sont tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an (et ce, avant le 31 janvier de chaque année), les informations permettant de justifier de leur situation.

En tout état de cause, à défaut de demande écrite et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire santé.

S'agissant des structures associatives non adhérentes aux contrats de garanties collectives souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé :

- elles devront, si elles le souhaitent, formaliser leur volonté d'appliquer tout ou partie de ces dérogations au caractère obligatoire au sein de l'acte juridique de mise en place de leur régime, au sens de l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale. À défaut, les salariés ne pourront pas se prévaloir des différents cas de dispense ;
- en cas de formalisation du régime de complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur, la mise en œuvre éventuelle des dispenses s'entend sans préjudice de l'application le cas échéant des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Article 3.4

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

3.4.1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail (sauf pour cause de faute lourde), ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien des garanties complémentaires santé obligatoires et, le cas échéant, optionnelles, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, à la condition notamment que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Dans tous les cas, le droit à la portabilité est 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 le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

Ce maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

Les modalités d'application de ce dispositif de portabilité des droits sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

3.4.2. Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Évin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », la couverture de complémentaire santé obligatoire, instituée par le présent accord, sera maintenue par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- 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 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 de maintien des garanties dont ils bénéficient au titre du dispositif de portabilité ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire 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 recommandé, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Article 4

Financement

4.1. Structure de la cotisation

Les salariés et employeurs acquittent la cotisation destinée à financer le régime complémentaire santé obligatoire.

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de complémentaire santé obligatoire auprès de l'organisme assureur recommandé, peuvent adhérer, à titre facultatif, à un régime de surcomplémentaire santé optionnel, dans les conditions fixées par le contrat de garanties collectives souscrit à cet effet.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture optionnelle est à la charge exclusive du salarié. Les ayants droit du salarié, couverts au titre du régime obligatoire, bénéficieront automatiquement des garanties optionnelles dans les conditions fixées par le contrat de garanties collectives.

4.2. Assiette de la cotisation

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le plafond mensuel de la sécurité sociale évolue chaque année par voie réglementaire.

À titre d'information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé pour l'année 2015 à 3 170 €.

4.3. Taux et répartition des cotisations

4.3.1. Régime de complémentaire santé obligatoire

La cotisation du régime complémentaire santé obligatoire est financée à 40 % par le salarié et 60 % par l'employeur, dans les conditions ci-après définies :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Régime obligatoire	1,336 % du PMSS	2,004 % du PMSS	3.34 % du PMSS

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle (régime local)

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Régime obligatoire	0,932 % du PMSS	1,398 % du PMSS	2.33 % du PMSS

Salariés relevant du régime de la MSA

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Régime obligatoire	1,252 % du PMSS	1,878 % du PMSS	3.13 % du PMSS

Salariés relevant du Régime local de la MSA

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Régime obligatoire	0,876 % du PMSS	1,314 % du PMSS	2.19 % du PMSS

Les structures associatives non adhérentes aux contrats d'assurance souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé, devront dépenser au minimum l'équivalent du taux de cotisation patronale du régime de complémentaire santé obligatoire, fixé par le présent accord.

4.3.2. Régime surcomplémentaire santé optionnel

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture optionnelle ainsi que ses évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

À titre informatif, les taux de cotisations sont fixés pour 2016 comme suit :

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0.05 % du PMSS	–	0.05 % du PMSS
Par Adulte	0.17 % du PMSS	–	0.17 % du PMSS

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle (régime local)

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0.05 % du PMSS	-	0.05 % du PMSS
Par adulte	0.17 % du PMSS	-	0.17 % du PMSS

Salariés relevant du régime de la MSA

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0.05 % du PMSS	-	0.05 % du PMSS
Par adulte	0.16 % du PMSS	-	0.16 % du PMSS

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Par enfant (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0.05 % du PMSS	–	0.05 % du PMSS
Par adulte	0.16 % du PMSS	–	0.16 % du PMSS

Article 4.4

Évolution ultérieure de la cotisation du régime de complémentaire santé obligatoire

Les taux de cotisations, mentionnés à l'article 4.3.1, fixés à la mise en place du régime sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2018 à législation constante.

En cas de hausse des cotisations suite à un changement de législation, y compris au titre de la période de maintien des taux visée ci-dessus, celles-ci évoluent automatiquement selon la répartition fixée dans le présent accord dans la limite de 10 % de la cotisation totale. Au-delà de ce plafond, une nouvelle négociation sera engagée afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime (évolution des cotisations et/ou des prestations du régime).

En revanche, toute évolution des cotisations fixées à l'article 4.3.1 liée à la sinistralité du régime (en cas de résultats déficitaires ou excédentaires), fera l'objet d'une négociation afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime. Toute modification sera formalisée par avenant au présent accord.

Article 5

Prestations

Article 5.1

Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé (obligatoire et optionnel) est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre du contrat de garanties collectives souscrit avec l'organisme assureur recommandé, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions liées à la réglementation relative aux « contrats responsables ». Toute modification législative ou réglementaire en la matière sera automatiquement répercutée par voie d'avenant au présent accord, de telle sorte que le régime de complémentaire santé reste conforme aux règles fixées par l'article L. 871-1 précité et les textes pris en application de ces dispositions.

Les structures associatives non adhérentes au contrat de garanties collectives souscrites auprès de l'organisme assureur recommandé devront, en tout état de cause, mettre en place un régime de complémentaire santé dont le niveau des prestations est au moins aussi favorable que la couverture minimale obligatoire instituée par le présent accord.

Article 5.2

Prestations non contributives

Les parties décident d'affecter 2 % de la cotisation du régime de complémentaire santé obligatoire et optionnel au financement d'actions de prévention ainsi qu'à des prestations d'action sociale.

Dans ce cadre, il est instauré un fonds d'action sociale destinée à financer des prestations à caractère non directement contributif prenant la forme de prestations d'action sociale. Ce fonds est notamment destiné à permettre l'attribution de secours et aides financières exceptionnelles, sous conditions de ressources, au profit des bénéficiaires du régime. La part du financement de ce fonds est égale à 1 % de la cotisation du régime de complémentaire santé.

Parallèlement, il est prévu le financement d'actions spécifiques de prévention, à hauteur de 1 % de la cotisation du régime de complémentaire santé.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission nationale paritaire de suivi au sein d'un règlement spécifique.

Article 5.3

Mise en œuvre des prestations non contributives pour les structures associatives non adhérentes

Les entreprises non adhérentes à l'organisme assureur recommandé devront permettre à leurs salariés de bénéficier d'une action sociale à travers la mise en œuvre de mesures d'action sociale définies par une liste établie par la commission nationale paritaire de suivi.

Article 6

Commission paritaire nationale de suivi du régime

Le régime est piloté par la commission nationale paritaire de suivi dont sont membres le SNSAPL et les organisations de salariés représentatives et/ou signataires de la convention collective nationale des structures associatives de pêche de loisir et de protection du milieu aquatique, dans les conditions ci-après définies.

Article 6.1

Rôle et compétences

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier, au minimum une fois par an, les documents, rapports financiers et analyses commentées, établis et communiqués par l'organisme assureur recommandé ;
- d'assurer un suivi de la consommation médicale ;
- de veiller au bon équilibre du régime complémentaire santé ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime en cas de résultats déficitaires ou excédentaires ou en cas de hausse de plus de 10 % de la cotisation totale suite à un changement de législation, et de proposer toutes mesures, préventives ou correctrices à la commission paritaire nationale permanente (CPNP), pour améliorer les résultats des contrats – de garanties collectives et enrayer tout risque de déficit structurel ;
- de proposer, étudier et soumettre à la CPNP toutes modifications corrélatives au présent accord et aux contrats de garanties collectives.

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

Article 6.2

Composition

La commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé est composée de :

- deux représentants désignés par chaque signataire et/ou organisation syndicale représentative dans le champ d'application du présent accord ;
- un nombre de représentants des employeurs égal à celui des représentants des salariés désignés ou disposant du même nombre de voix, désignés par le syndicat national des structures associatives de pêche de loisir (SNSAPL).

Article 7

Organisme assureur recommandé

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux structures associatives entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties « complémentaire santé ».

Harmonie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, dont le siège social est situé 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation et notamment le choix de l'organisme recommandé sont réexaminés par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 8

Entrée en vigueur. – Durée de l'accord. – Dépôt et extension

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi.

Les parties signataires s'engagent, une fois la convention collective nationale des structures associatives de pêche de loisir étendue, à demander l'extension du présent accord.

Article 9

Révision

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérent au présent accord pourra demander à tout moment la révision du présent accord.

La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer.

La commission paritaire nationale de suivi se réunira pour étudier les propositions de modifications dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de la demande de révision.

En tout état de cause, les modifications, soumises à la CPNP et validées par celle-ci, devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient.

Article 10

Dénonciation

La dénonciation du présent accord peut intervenir à tout moment sous réserve d'un préavis de 3 mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

La commission paritaire nationale de suivi se réunira alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager et de soumettre à la CPNP l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Fait à Paris, le 15 septembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

GARANTIES COLLECTIVES « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE »

Santé

CCN DES STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PÊCHE ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE

VOTRE GARANTIE DE BASE FRAIS DE SANTÉ

Prestations en vigueur au 01/01/2016	Régime obligatoire*	GARANTIE DE BASE
Régime général	(à titre indicatif)	S'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE		
Honoraires	80 % ou 100 %	250% BR C.A.S. / 100 % BR hors C.A.S.
Soins, honoraires médecins, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	200 % BR
Frais de séjour	Néant	2 % PMSS/jour (60 j en psy)
Chambre particulière (y compris en maternité)	Néant	15,00 € / jour
Chambre particulière ambulatoire	Néant	Frais réels
Forfait journalier	Néant	1 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant	Néant	
MEDICINE COURANTE		
Consultation, visite de généraliste	70 %	TM
Consultation, visite de spécialiste	70 %	125% BR C.A.S. / 105 % BR hors C.A.S.
Acte d'imagerie médicale, échographie	70 %	TM
Analyses	60 %	TM
Auxiliaires médicaux	60 %	TM
Actes techniques médicaux	70 %	200% BR C.A.S. / 130 % BR hors C.A.S.
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée à 65 % / Sécurité sociale	65 %	TM
Pharmacie remboursée à 30 % / Sécurité sociale	30 %	TM
Pharmacie remboursée à 15 % / Sécurité sociale	15 %	TM
DENTAIRE		
Soins conservateurs	70 %	TM
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	70 %	
Code regroupement CCAM		
PFM	70 %	200 % BR
PFC	70 %	360 % BR
AUTRES CODES	70 %	280 % BR
Prothèses dentaires, non remboursées par la Sécurité sociale	0 %	280 % BR
Inlay Onlay	70 %	300% BR
Inlays Core (ancien SPR 57 ou 67)	70 %	120 % BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 %	250% BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	Néant	
OPTIQUE		
Monture (adulte et enfant)	60 %	60 % + 150 €
Lentilles	0 % ou 60 %	0 % ou 60 % + 8 % du PMSS/An
Verres		
Adulte		
Verre simple		80 €
Verre complexe		210 €
Verre très complexe		280 €
Enfant		
Verre simple		80 €
Verre complexe		150 €
Verre très complexe		150 €
Chirurgie de l'œil au laser		350 € par oeil
<small>La prise en charge est limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de 18 ans. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</small>		
ORTHOPEDIE, PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES		
Prothèses auditives	60 %	TM
Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés	60 %	200 % BR
AUTRES POSTES		
Transport	70 %	TM
MATERNITE		
Indemnité naissance ou en cas d'adoption		10 % PMSS
CURES THERMALES		
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	70 %	10 % PMSS
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie, chiropractie	néant	20 € / séance maxi 3 séances / an / bénéficiaire

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3 170 € en 2015).

(*) Régime de la sécurité sociale ou régime MSA.

PMACARTE images - Document commercial

GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE	Base Sécurité Sociale		GARANTIE DE BASE S'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale
Remboursement VERRES - Adultes			
Remboursement / verres unifocaux sphériques			
Sphère entre -2 +2	2,29 €	60%	80 €
Sphère entre -2,25 -4 ou +2,25 +4	2,29 €	60%	80 €
Sphère entre -4,25 -6 ou +4,25 +6	2,29 €	60%	80 €
Sphère entre -6,25 -10 ou +6,25 +10	4,12 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -10 +10	7,62 €	60%	150 €
Remboursement / verres unifocaux sphéro-cylindriques			
Sphère entre -6+6 et Cylindre ≤ +2	3,66 €	60%	100 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre entre +2,25 et +4	3,66 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -6+6 et Cylindre ≤ +4	6,86 €	60%	150 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre > +4	6,25 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -6+6 Cylindre > +4	9,45 €	60%	150 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère entre -4 +4	7,32 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -4 +4	10,83 €	60%	280 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (2)			
Sphère entre -8 +8 et Cylindre ≤ +2	10,37 €	60%	210 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre entre +2,25 et +4	10,37 €	60%	210 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre > +4	10,37 €	60%	210 €
Sphère en dehors de -8+8 et Cylindre toute puissance	24,54 €	60%	280 €
Remboursement VERRES - Moins de 18 ans			
Remboursement / verres unifocaux sphériques			
Sphère entre -2 +2	12,04 €	7,83 €	60 €
Sphère entre -2,25 -4 ou +2,25 +4	12,04 €	7,83 €	60 €
Sphère entre -4,25 -6 ou +4,25 +6	12,04 €	7,83 €	60 €
Sphère entre -6,25 -10 ou +6,25 +10	26,68 €	17,34 €	150 €
Sphère en dehors de -10 +10	44,97 €	29,23 €	150 €
Remboursement / verres unifocaux sphéro-cylindriques			
Sphère entre -6+6 et Cylindre ≤ +2	14,94 €	9,71 €	80 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre entre +2,25 et +4	14,94 €	9,71 €	80 €
Sphère en dehors de -6+6 et Cylindre ≤ +4	36,28 €	23,58 €	150 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre > +4	27,89 €	18,13 €	150 €
Sphère en dehors de -6+6 Cylindre > +4	46,49 €	30,22 €	150 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère entre -4 +4	39,18 €	25,47 €	150 €
Sphère en dehors de -4 +4	43,29 €	28,14 €	150 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Sphère entre -8 +8 et Cylindre ≤ +2	43,60 €	28,34 €	150 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre entre +2,25 et +4	43,60 €	28,34 €	150 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre > +4	43,60 €	28,34 €	150 €
Sphère en dehors de -8+8 et Cylindre toute puissance	66,62 €	43,30 €	150 €

La prise en charge est limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.
Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.



Harmonie Mutuelle, mutuelle reconnue aux dispositions du livre I du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 438 318 475, numéro LSI et 964923332449641041.
Siège social : 143, rue de la République, 92100 Nanterre.



GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE	Base Sécurité Sociale		GARANTIE OPTION S'entendent en plus du remboursement de la Sécurité sociale
	Remboursement VERRES - Adultes		
Remboursement / verres unifocaux sphériques			
Sphère entre -2 +2	2,29 €	60%	80 €
Sphère entre -2,25 -4 ou +2,25 +4	2,29 €	60%	80 €
Sphère entre -4,25 -6 ou +4,25 +6	2,29 €	60%	80 €
Sphère entre -6,25 -10 ou +6,25 +10	4,12 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -10 +10	7,62 €	60%	150 €
Remboursement / verres unifocaux sphéro-cylindriques			
Sphère entre -6+6 et Cylindre ≤ +2	3,66 €	60%	100 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre entre +2,25 et +4	3,66 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -6+6 et Cylindre ≤ +4	6,86 €	60%	150 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre > +4	6,25 €	60%	150 €
Sphère en dehors de -6+6 Cylindre > +4	9,45 €	60%	150 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère entre -4 +4	7,32 €	60%	180 €
Sphère en dehors de -4 +4	10,83 €	60%	280 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (2)			
Sphère entre -8 +8 et Cylindre ≤ +2	10,37 €	60%	240 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre entre +2,25 et +4	10,37 €	60%	240 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre > +4	10,37 €	60%	240 €
Sphère en dehors de -8+8 et Cylindre toute puissance	24,54 €	60%	280 €
Remboursement VERRES - Moins de 18 ans			
Remboursement / verres unifocaux sphériques			
Sphère entre -2 +2	12,04 €	7,83 €	60 €
Sphère entre -2,25 -4 ou +2,25 +4	12,04 €	7,83 €	60 €
Sphère entre -4,25 -6 ou +4,25 +6	12,04 €	7,83 €	60 €
Sphère entre -6,25 -10 ou +6,25 +10	26,68 €	17,34 €	150 €
Sphère en dehors de -10 +10	44,97 €	29,23 €	150 €
Remboursement / verres unifocaux sphéro-cylindriques			
Sphère entre -6+6 et Cylindre ≤ +2	14,94 €	9,71 €	80 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre entre +2,25 et +4	14,94 €	9,71 €	80 €
Sphère en dehors de -6+6 et Cylindre ≤ +4	36,28 €	23,58 €	150 €
Sphère entre -6+6 et Cylindre > +4	27,89 €	18,13 €	150 €
Sphère en dehors de -6+6 Cylindre > +4	46,49 €	30,22 €	150 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère entre -4 +4	39,18 €	25,47 €	150 €
Sphère en dehors de -4 +4	43,29 €	28,14 €	150 €
Remboursement / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Sphère entre -8 +8 et Cylindre ≤ +2	43,60 €	28,34 €	150 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre entre +2,25 et +4	43,60 €	28,34 €	150 €
Sphère entre -8 +8 et Cylindre > +4	43,60 €	28,34 €	150 €
Sphère en dehors de -8+8 et Cylindre toute puissance	66,62 €	43,30 €	150 €

La prise en charge est limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.
Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre I du Code de la mutualité, immatriculée
au répertoire Sirene sous le numéro Sirene 518 518 473, numéro d'agrément 0640251212-00041026
Siège social : 143 rue d'Amiens - 75011 Paris

