

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
DES SALARIÉS NON-CADRES  
(Pyrénées-Atlantiques)**

**Avenant n° 4 bis du 20 octobre 2018**

NOR : AGRS2097185M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles FDSEA des Pyrénées-Atlantiques ;**

**Fédération des coopératives agricoles d'utilisation de matériel agricole CUMA des Pyrénées-Atlantiques ;**

**Syndicat des entrepreneurs des territoires des Pyrénées-Atlantiques,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Syndicat national des cadres d'exploitation agricole CFE-CGC des Pyrénées-Atlantiques ;**

**Syndicat général agroalimentaire – Confédération française démocratique du travail SGA-CFDT des Pyrénées-Atlantiques ;**

**Syndicat CFTC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

**L'accord départemental du 27 novembre 2009**

En raison :

- des différentes modifications apportées à l'accord départemental du 27 novembre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non des exploitations agricoles et horticoles des Pyrénées-Atlantiques et notamment :
  - l'avenant n° 1 du 25 novembre 2013 ;
  - l'avenant n° 2 du 22 juin 2015 ;
  - l'avenant n° 3 du 7 décembre 2015 ;
- les évolutions légales et réglementaires survenues depuis l'avenant n° 3 et notamment la loi portant généralisation de la complémentaire santé, à savoir la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ayant introduit un article L. 911-7 dans le code de la sécurité sociale ainsi que la suppression de la désignation d'un organisme assureur ;

- des modifications apportées à l'accord national modifié par un avenant n° 5 du 28 septembre 2016 et un avenant n° 6 en date du 17 avril 2018 ;
- de la volonté des partenaires sociaux d'apporter à l'accord du 27 novembre 2009 modifié les modifications suivantes : évolution des garanties à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, de la clause relative au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ; d'organiser la mise en œuvre du principe de solidarité et de préciser les conditions de révision et de dénonciation du régime.

Et dans un souci de clarté et de lisibilité des dispositions, les partenaires sociaux de la branche ont décidé d'adopter le présent avenant en y intégrant les évolutions nécessaires. Il remplace les dispositions de même nature présentes dans les différents avenants.

En conséquence, l'accord départemental du 27 novembre 2009 est modifié comme suit.

Les employeurs ayant, préalablement à la signature du présent avenant, mis en place ou modifié un régime frais de santé par accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur comportant des dispositions moins favorables que celles du présent avenant, doivent le mettre en conformité avec les dispositions ci-après ou le dénoncer et appliquer les dispositions de l'accord départemental du 27 novembre 2009 ainsi modifié.

## **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

L'article 1<sup>er</sup> sur le champ d'application professionnel est ainsi modifié, notamment pour prendre en compte l'entrée en vigueur de la loi portant généralisation de la complémentaire santé, à savoir la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi:

Le présent avenant s'applique :

- et aux employeurs des exploitations et entreprises agricoles et horticoles relevant de la convention collective du 18 novembre 1985 concernant les exploitations agricoles et horticoles des Pyrénées-Atlantiques, à savoir :
  - les exploitations de polyculture ;
  - les exploitations d'élevage ;
  - les exploitations de cultures spécialisées (maraîchage, arboriculture, fruitière, viticulture...) ;
  - les exploitations d'horticulture et pépinières ;
  - les coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole – CUMA ;
  - les entreprises de travaux agricoles.

## **Article 2 | Entrée en vigueur**

Le présent avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

## **Article 3 | Salariés bénéficiaires**

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGIRC quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise.

### Article 3.1 | *Dispenses d'affiliation*

Les dispenses d'affiliations sont modifiées comme il suit :

« Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et les apprentis à temps partiel ayant au moins 3 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou à l'acquisition de la condition d'ancienneté si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés (y compris étrangers) bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié. »

Les autres dispositions de l'article 3.1 ne sont pas modifiées.

### Article 3.2 | *Couverture facultative*

Les dispositions relatives aux salariés relevant du champ d'application du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise sont supprimées en raison de la suppression de la condition d'ancienneté.

#### Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

Pour prendre en compte la suppression progressive de la sécurité sociale des étudiants et l'évolution des conditions d'affiliation au régime général de la sécurité sociale (PUMA), la définition des enfants à charge est modifiée comme il suit.

« Les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :

- âgés de moins de 18 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;

- âgés de 16 à 21 ans et considéré comme à charge fiscalement ou à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2019 à charge au sens de la sécurité sociale ;
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général de la sécurité sociale, sous réserve de justifier de leur inscription dans un établissement supérieur ;
- âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès. »

### Garanties optionnelles

Pour prendre en compte la fin de la désignation de l'organisme assureur, le présent paragraphe est désormais rédigé comme il suit :

« Les salariés peuvent souscrire des prestations optionnelles surcomplémentaire aux prestations obligatoires (niveau 1 ou niveau 2). Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires est à la charge du salarié.

Le salarié adhère :

- seulement pour lui-même, si l'extension des ayants droit n'a pas été retenue ;
- ou pour lui-même et ses ayants droit, dans le cas contraire.

Le niveau de garanties surcomplémentaire choisi par le salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit. »

## Article 4 | *Mise en place et antériorité*

Pour raison de la fin de la désignation de l'organisme assureur, en application de l'avenant n° 3, l'article 4 « Adhésion et antériorité » est renommé « Mise en place et antériorité ». Il est intégralement modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

### « Article 4.1 | *Mise en place par les entreprises*

À compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises doivent mettre en conformité leur régime frais de santé pour les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 ci-dessus et comprenant un régime socle et 2 surcomplémentaires.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information sera délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, charge à lui de la remettre à chaque salarié afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

### Article 4.2 | *Antériorité des régimes frais de santé d'entreprises*

Les entreprises disposant déjà d'un accord au profit des salariés non-cadres plus favorable au jour de la signature du présent avenant que celui défini à l'article 6 et en annexe, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties.

Est considéré comme étant plus favorable que le présent accord, l'accord d'entreprise qui prévoit cumulativement :

- des garanties supérieures au minimum à l'ensemble des garanties prévues à l'annexe du présent accord ;

- dont la part de cotisation à la charge du salarié est inférieure à celle prévue au présent avenant.

La commission mixte chargée du suivi du régime sera chargée de vérifier le caractère plus favorable des accords collectifs mis en place antérieurement dans les entreprises. »

[L'avenant n° 3 procède à la suppression de l'ancien article 5 et à la renumérotation des articles suivants.]

## **Article 5 | Garanties complémentaires frais de santé**

L'article 5 a été modifié est renuméroté par l'avenant n° 3. Le présent avenant ne modifie pas le contenu des articles 5.1 et 5.2. L'article 5.3 est supprimé.

## **Article 6 | Taux des cotisations et répartition**

L'article 6 « Cotisations », renuméroté par l'avenant n° 3, est renommé « Taux des cotisations et répartition ». Il est désormais rédigé comme il suit :

« Le présent avenant relève de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime. Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent avenant.

Elles peuvent être revues, en fonction de l'équilibre du régime ou en cas de modification de ces textes.

### **Taux et répartition des cotisations pour le salarié seul**

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime de "remboursement complémentaire de frais de santé", couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égale, pour les exercices 2016 et suivants à :

■ 1,06 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié ;

### **Cotisation pour l'affiliation facultative des ayants droit**

Le salarié peut, facultativement, faire garantir dans les conditions prévues au paragraphe "Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime" de l'article 3.2 le remboursement des frais de santé engagés par la famille (conjoint et/ou le cas échéant enfant(s) à charge) du salarié moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,42 % du PMSS ;

### **Cotisation pour la souscription des garanties surcomplémentaires optionnelles**

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles dans les conditions prévues au paragraphe "Garanties optionnelles" de l'article 3.2 et telles que définies aux annexes il doit acquitter en totalité les cotisations supplémentaires soit :

■ Option 1 :

- 0,23 % du PMSS pour le salarié seul ;
- 0,56 % du PMSS pour le conjoint et enfants à charge.

■ Option 2 :

- 0,34 % du PMSS pour le salarié seul ;
- 0,87 % du PMSS pour le conjoint et enfants à charge.

**Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations**

Les cotisations peuvent évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois et après consultation des partenaires sociaux. »

**Article 7 | *Maintien de garanties***

Les dispositions de l'article 7, renumérotés par l'avenant n° 3, sont les suivantes :

**« Article 7.1 | *Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail* »**

Aucune modification de la rédaction issue de l'avenant n° 3.

Les anciennes dispositions de l'article 7.2 intitulé « Maintien des garanties » au profit des anciens salariés et ayants droit d'un salarié décédé sont supprimées.

Elles sont remplacées par les dispositions relatives à la portabilité qui sont renumérotées dans le nouvel article 7.2.

**« Article 7.2 | *Portabilité* »**

Les dispositions de l'article relatif à la portabilité sont insérées ici, dans un article 7.2 intitulé « Article 7.2 | Portabilité », rédigées comme il suit :

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

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes du Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'assurance.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

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

## **Article 8 | Mise en œuvre du principe de solidarité**

Les exploitations et entreprises agricoles doivent s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation du présent régime frais de santé est affecté au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion desdites mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent régime frais de santé doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques 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 de maladie professionnelle 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 entreprise ou sur une exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tel que défini à l'article 7.1 ci-avant du présent accord.

En tout état de cause, chaque année les partenaires sociaux définissent les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche.



## Article 9 | *Suivi et rendez-vous*

L'article 9 renuméroté par l'avenant n° 3 et intitulé « Clause de réexamen » est supprimé. Il est remplacé par le présent article 9 intitulé « Suivi et rendez-vous ».

« Conformément à l'article L. 2222-5-1 du code du travail, les parties signataires du présent accord conviennent de se réunir régulièrement afin de procéder à un examen de la mise en œuvre du présent accord. À l'issue de ces réunions, elles conviennent de la nécessité ou de l'opportunité de décider d'engager une procédure de révision du présent accord, dans les conditions définies à l'article 10.1 ci-dessous. »

## Article 10

### Gestion spécifique et de suivi du régime

L'article 10 est modifié comme il suit, notamment pour prendre en compte la suppression de la désignation d'un organisme assureur par l'avenant n° 3.

« Les organisations professionnelles signataires se réuniront, soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants salariés d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte, au moins une fois par an, afin notamment :

- faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- dresser le bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- vérifier que les objectifs de solidarité visés à l'article 8 sont réalisés dans les meilleures conditions. »

### Durée, révision et dénonciation

Les dispositions de l'article 10 sont supprimées et remplacées par les suivantes :

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions suivantes :

#### « 10.1. Révision

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent avenant ont la faculté de le réviser.

La demande de révision, peut intervenir :

- jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu, sur demande d'une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord et signataires ou adhérentes de cet accord ; ou sur demande d'une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs signataires ou adhérentes, celles-ci devant être en outre représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord lorsque ce dernier a été étendu ;
- à l'issue de cette période, sur demande d'une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord ; ou sur demande d'une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs signataires ou adhérentes, celles-ci devant être en outre représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord lorsque ce dernier a été étendu.

La demande de révision peut intervenir à tout moment et doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.



L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent avenant qu'il modifiera.

## **10.2 Dénonciation**

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent avenant ont également la possibilité de le dénoncer moyennant 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 réglementaires applicables.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors, dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification, afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à 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. »

## **Article 11 | Annexes**

Les garanties du régime frais de santé sont détaillées en annexe.

## **Article 12 | Dépôt et extension**

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord, déposé à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Lot-et-Garonne conformément aux dispositions légales. Son extension est demandée par la partie la plus diligente.

*Fait à Pau, le 20 octobre 2018.*

(Suivent les signatures.)

## **Annexe** Tableau des garanties

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les honoraires, les frais de séjour, les soins courants, la pharmacie remboursée à 65 % en régime général, le transport, l'appareillage, les équipements optiques et lentilles remboursées sécurité sociale ou MSA, les soins dentaires et inlays onlays ainsi que les actes de prévention sont pris en charge par l'organisme assureur avec un minimum de 100 % de la BR – MR ; les prothèses dentaires sécurité sociale ou MSA et l'orthodontie sécurité sociale ou MSA sont, quant à elles, prises en charge par l'organisme assureur avec un minimum de 125 % de la BR – MR.

*(Voir page suivante.)*

	REGIME SOCLE	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION 1 (y compris les garanties du régime SOCLE)	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION 2 (y compris les garanties du régime SOCLE)
<b>Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (sauf garanties exprimées en forfait). Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :</b>			
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))</b>			
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale</b>			
Frais de séjour et Fournitures diverses	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	280% de la BR	480% de la BR	480% de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Maternité	1/3 PMSS / bénéficiaire	1/3 PMSS / bénéficiaire	1/3 PMSS / bénéficiaire
Forfait journalier	100% des Frais réels par jour	100% des Frais réels par jour	100% des Frais réels par jour
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	25 Euros par jour	52 Euros par jour pendant 60 jours puis 25 Euros par jour	78 Euros par jour pendant 60 jours puis 25 Euros par jour
Chambre particulière en maternité	25 Euros par jour	52 Euros par jour	78 Euros par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 12 ans)	non couvert	52 Euros par jour limité à 30 jours par an	52 Euros par jour limité à 30 jours par an
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros	18 Euros	18 Euros
<b>Hospitalisation à domicile</b>			
Honoraires des médecins libéraux - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	280% de la BR	480% de la BR	480% de la BR
Honoraires des médecins libéraux - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Autres frais	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
<b>SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1) )</b>			
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR	200% de la BR	300% de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR	180% de la BR	200% de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Biologie médicale	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros	18 Euros	18 Euros
<b>PHARMACIE</b>			
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR

Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	non couvert	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (*y compris le remboursement SS ou MSA éventuel)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 150 Euros*	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 150Euros*	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 150 Euros*
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>			
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
<b>APPAREILLAGE</b>			
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	100% de la BR	300% de la BR	500% de la BR
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS ou la MSA	455% de la BR	455% de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros	455% de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 300 Euros
<b>FRAIS DENTAIRES</b>			
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100% de la BR	170% de la BR	170% de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	non couvert	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	125% de la BR	170% de la BR	170% de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	210% de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 300 Euros	210% de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 350 Euros	210% de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 400 Euros
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 300 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 350 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 400 Euros
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	250% de la BR	250% de la BR	250% de la BR
Implants (implant + pilier implantaire)	non couvert	non couvert	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros

OPTIQUE			
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (1 équipement tous les ans)			
Verres remboursés par la SS ou la MSA	Cf. Grilles Optique détaillées	Cf. Grilles Optique détaillées	Cf. Grilles Optique détaillées
Monture remboursée par la SS ou la MSA	125 €	125 €	125 €
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100% de la BR plus un forfait de 100 Euros	100% de la BR plus un forfait de 100 Euros	100% de la BR plus un forfait de 100 Euros
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	250 Euros par œil	350 Euros par œil	350 Euros par œil
PREVENTION			
Actes de prévention (3) hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (4)		
MEDECINE ALTERNATIVE			
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe, Sophrologue	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 30 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 30 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 30 Euros
CURE THERMALE			
Cure thermale remboursée par la SS ou la MSA :			
- honoraires et soins remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- transport et hébergement remboursés par la SS ou la MSA	non couvert	non couvert	Forfait annuel égal à 150 Euros
SERVICES			
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus		
Tiers Payant iSanté	Prévu		
Tiers Payant Optique	Prévu		

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) Les actes de prévention sont listés dans les Conditions Générales.

(4) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / MSA : Mutualité Sociale Agricole / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)

**Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.**

	REGIME SOCLE	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE 1	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE 2
Adulte et enfant de 18 ans et +			
<b>VERRES UNIFOCAUX</b>			
<b>Verre simple foyer sphérique</b>			
Sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2203240, 2287916)	100 Euros par verre	127 Euros par verre	127 Euros par verre
Sphère de -6,25 à -10,00 et Sphère de +6,25 à +10,00 (Codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330)	115 Euros par verre	134 Euros par verre	134 Euros par verre
Sphère HZ -10 à +10 (Codes LPP : 2235776, 2295896)	115 Euros par verre	147 Euros par verre	147 Euros par verre
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique</b>			
Cylindre $\leq +4,00$ et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2259966, 2226412)	100 Euros par verre	132 Euros par verre	132 Euros par verre
Cylindre $\leq +4,00$ et sphère HZ $< -6,00$ à $> +6,00$ (Codes LPP : 2284527, 2254868)	115 Euros par verre	144 Euros par verre	144 Euros par verre
Cylindre $> +4,00$ et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2212976, 2252668)	115 Euros par verre	142 Euros par verre	142 Euros par verre
Cylindre $> +4,00$ et de sphère HZ $< -6,00$ ou $> +6,00$ (Codes LPP : 2288519, 2299523)	115 Euros par verre	154 Euros par verre	154 Euros par verre
<b>VERRES MULTIFOCAUX</b>			
<b>Verre multifocal sphérique</b>			
Sphère de -4,00 à +4,00 (Codes LPP : 2290396, 2291183)	115 Euros par verre	146 Euros par verre	146 Euros par verre
Sphère HZ $< -4,00$ ou $> +4,00$ (Codes LPP : 2245384, 2295198)	115 Euros par verre	160 Euros par verre	160 Euros par verre
<b>Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique</b>			
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère de -8,00 à +8,00 (Codes LPP : 2227038, 2299180)	115 Euros par verre	158 Euros par verre	158 Euros par verre
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère HZ $< -8,00$ à +8,00 (Codes LPP : 2202239, 2252042)	139 Euros par verre	213 Euros par verre	213 Euros par verre

Enfant - 18 ans			
VERRES UNIFOCAUX			
Verre simple foyer sphérique			
Sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2261874, 2242457)	137 Euros par verre	165 Euros par verre	165 Euros par verre
Sphère de -6,25 à -10,00 et Sphère de +6,25 à +10,00 (Codes LPP : 2243540, 2243304, 2297441, 2291088)	194 Euros par verre	269 Euros par verre	269 Euros par verre
Sphère HZ -10 à +10 (Codes LPP : 2273854, 2248320)	265 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique			
Cylindre $\leq$ +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2200393, 2270413)	148 Euros par verre	165 Euros par verre	165 Euros par verre
Cylindre $\leq$ +4,00 et sphère HZ $<$ -6,00 à $>$ +6,00 (Codes LPP : 2283953, 2219381)	231 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre
Cylindre $>$ +4,00 et sphère de -6,00 à +6,00 (Codes LPP : 2238941, 2268385)	198 Euros par verre	273 Euros par verre	273 Euros par verre
Cylindre $>$ +4,00 et de sphère HZ $<$ -6,00 ou $>$ +6,00 (Codes LPP : 2245036, 2206800)	271 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre
VERRES MULTIFOCAUX			
Verre multifocal sphérique			
Sphère de -4,00 à + 4,00 (Codes LPP : 2259245, 2264045)	242 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre
Sphère HZ $<$ -4,00 ou $>$ +4,00 (Codes LPP : 2238792, 2202452)	259 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre
Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique			
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère de -8,00 à +8,00 (Codes LPP : 2240671, 2282221)	260 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère HZ $<$ -8,00 à $>$ +8,00 (Codes LPP : 2234239, 2259660)	305 Euros par verre	305 Euros par verre	305 Euros par verre