

Brochure n° 3131 | Convention collective nationale

IDCC : **1404** | **ENTREPRISES DE MAINTENANCE, DISTRIBUTION
ET LOCATION DE MATÉRIELS AGRICOLES, DE TRAVAUX PUBLICS,
DE BÂTIMENT, DE MANUTENTION, DE MOTOCULTURE DE PLAISANCE
ET ACTIVITÉS CONNEXES, DITE SDL**

Avenant n° 5 du 13 octobre 2021

à l'accord du 2 juillet 2015
relatif aux remboursements complémentaires de frais de santé

NOR : ASET2151090M

IDCC : 1404

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

SEDIMA ;

DLR ;

FNAR,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FM CFE-CGC ;

FGMM CFDT ;

FNSM CFTC ;

FCM FO,

d'autre part,

Préambule

Les partenaires sociaux ont conclu le 2 juillet 2015 un accord collectif prévoyant des remboursements complémentaires de frais de santé et recommandant un organisme assureur pour la mise en œuvre du régime.

Cet accord comporte plusieurs annexes dont une annexe 1 définissant le niveau des garanties et une annexe 2 définissant les cotisations applicables.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont réexaminé les conditions d'organisation de la mutualisation, rappelé à cette occasion de façon unanime leur attachement à la mutualisation et à la solidarité professionnelle et procédé à une mise en concurrence d'organismes assureurs aux fins de recommander un ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre du régime.

À l'issue de la procédure et des discussions, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Au point 1.1 de l'article 1^{er} de l'accord, les mots « dès lors qu'ils justifient d'une ancienneté dans l'entreprise au moins égale à 3 mois » sont supprimés.

Article 2

Les dispositions de l'article 3 de l'accord sont remplacées par les suivantes :

« **3.1.** L'application intégrale du dispositif conventionnel est organisée par la souscription d'un contrat d'assurance. Ce contrat d'assurance fait expressément référence aux présentes dispositions conventionnelles et met en œuvre les garanties et l'ensemble des mesures de solidarité.

3.2. Les signataires du présent accord recommandent les organismes dont les coordonnées sont :

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75009 Paris ;
- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire.

(Lorsqu'il est fait référence à "l'organisme recommandé", il est fait référence conjointement aux deux organismes ci-dessus recommandés).

L'organisme recommandé ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Par ailleurs, le contrat proposé par l'organisme recommandé permet :

- la mutualisation des risques au niveau de la branche et l'application d'un tarif unique à l'ensemble des entreprises ;
- une stabilité tarifaire sur trois ans de la base conventionnelle à réglementation et législation inchangée ;
- la facilité de mise en œuvre des dispositions conventionnelles ;
- le bénéfice des actions de prévention déployées par l'organisme recommandé conformément aux orientations définies par la CPPNI grâce à la mutualisation des fonds destinés au financement desdites actions ;
- la mutualisation des fonds destinés à la prise en charge de certaines cotisations salariales.

3.3. Une convention de gestion est établie entre les partenaires sociaux et l'organisme recommandé qui précise notamment les modalités d'information des entreprises et de l'ensemble des salariés du secteur professionnel sur le contenu du présent accord. Les communications adressées par l'organisme recommandé aux entreprises sont préalablement soumises pour validation à la CPPNI.

3.4. L'organisme recommandé présente chaque année à la CPPNI un rapport sur la mise en œuvre et l'équilibre du régime détaillant spécifiquement les mesures de solidarité. Conformément à l'article D. 912-14 du code de la sécurité sociale, la commission peut demander communication du rapport annuel prévu à l'article L. 912-1 du même code.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par la CPPNI au plus tard dans les 6 mois qui précèdent l'expiration d'une période de 5 ans. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, l'organisme recommandé présen-

tera un rapport, sur les années écoulées depuis la prise d'effet de la recommandation, permettant le suivi du régime (évolution des cotisations, des prestations, sinistralité, mise en œuvre des droits non contributifs...). »

Article 3

Les dispositions de l'article 4 « Obligations de l'organisme assureur » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 4 | *Information*

Conformément aux dispositions légales en vigueur, l'entreprise employeur est tenue de remettre à chaque salarié une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties conventionnelles et leurs modalités d'application.

Il est rappelé que les mesures de solidarité font partie intégrante du régime. L'entreprise employeur est par conséquent tenue de s'assurer que chaque salarié est informé, que ce soit par la notice ou par tout autre document d'information, des mesures de solidarité prévue par l'accord de branche et des modalités selon lesquelles il peut en bénéficier. »

Article 4

L'article 8.2 de l'accord est modifié comme suit :

« 8.2. Toutefois, le régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé défini par le présent accord reste en vigueur, et les cotisations salariales et patronales seront dues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés en activité au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'un arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité, pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, exercice du droit de grève ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...) ;
- d'un congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois consécutif (mois civil entier). »

Article 5

L'article 9 de l'accord est modifié comme suit :

« Le présent régime présente un degré élevé de solidarité se déclinant notamment par des droits non contributifs, une politique de prévention et une action sociale financés par une part égale à 2 % de la cotisation HT versée à titre obligatoire.

Ces actions sont les suivantes :

1. Les salariés en contrat de professionnalisation et d'apprentissage dont la rémunération n'excède pas le minimum fixé par la législation applicable pour bénéficier d'une dispense d'adhésion prévue à l'article 1^{er} bénéficient d'une réduction de la cotisation salariale égale à 30 % de la cotisation globale. Cette réduction est répercutée en totalité sur la cotisation salariale normalement due à titre obligatoire.
2. Le financement des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé déterminées par la CPPNI.

3. La CPPNI peut définir d'autres actions en faveur des salariés de la branche et notamment, l'attribution d'aides ou de secours individuels aux salariés, anciens salariés ou ayants droit.

La CPPNI examine annuellement le dispositif de solidarité et détermine les orientations à appliquer pour l'année civile en cours ou pour le (ou les) exercice(s) ultérieur(s). Elle contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

À cet effet, les organismes assureurs transmettent chaque année aux entreprises souscriptrices un rapport sur la mise en œuvre des éléments de solidarité ou intègrent les informations relatives à la mise en œuvre des éléments de solidarité dans le rapport annuel sur les comptes du contrat prévu par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Les entreprises de la branche (ou leur assureur directement) transmettent ces rapports à la CPPNI avant le 31 décembre de chaque année :

- par voie postale, à l'adresse suivante : secrétariat de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la branche SDLM, 6, boulevard Jourdan, 75014 Paris ;
- sous format numérique, à l'adresse suivante : secretariats-ccn3131@sedima.fr. »

Article 6

Le tableau des prestations figurant en annexe 1 de l'accord est modifié par le présent avenant.

Ce nouveau tableau, annexé au présent avenant, a pour objet d'introduire les améliorations de garanties décidées par les partenaires sociaux.

Article 7

Le tableau des cotisations figurant en annexe 2 de l'accord est modifié par le présent avenant.

Article 8 | Dispositions finales

Le présent avenant est applicable à compter du 1^{er} janvier 2022.

Il est conclu conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la nature et à la validité des conventions et accords collectifs. Compte tenu de son objet qui repose sur la mutualisation, il ne peut y avoir de modalités particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Dans les conditions prévues par ces mêmes dispositions, le présent avenant a été fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour être notifié à chacune des organisations représentatives afin de permettre le cas échéant l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi.

Le présent avenant est déposé au ministère du travail ainsi au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant au ministère en charge du travail. Les dispositions dont la modification est opérée par le présent avenant demeurent en application jusqu'à extension ministérielle de l'avenant pour les entreprises non syndiquées.

Fait à Paris, le 13 octobre 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

Prestations prises en charge

Tableau 1 *Prises en charge : sécurité sociale + régime de branche*

Garanties y compris SS - y compris base pour les surcomplémentaires	BASE	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	SURCOMPLÉMENTAIRE 2
HOSPITALISATION (1)			
Forfait hospitalier (2)	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel
Honoraires chirurgicaux et médicaux dans le cadre des DPTM	150 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires chirurgicaux et médicaux hors cadre des DPTM	130 % BRSS	160 % BRSS	180 % BRSS
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Chambre particulière	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
Chambre particulière ambulatoire	35 € / jour	40 € / jour	45 € / jour
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire
Frais d'accompagnement (3)	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
TRANSPORT			
Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites généralistes *	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Consultations et visites spécialistes :			
- Consultation dans le cadre des DPTM *	160 % BRSS	160 % BRSS	160 % BRSS
- Consultation hors cadre des DPTM *	140 % BRSS	140 % BRSS	140 % BRSS
Radiologie dans le cadre des DPTM *	100 % BRSS	130 % BRSS	160 % BRSS
Radiologie hors cadre des DPTM *	100 % BRSS	110 % BRSS	140 % BRSS
Actes techniques médicaux dans le cadre des DPTM *	100 % BRSS	130 % BRSS	160 % BRSS
Actes techniques médicaux hors le cadre des DPTM *	100 % BRSS	110 % BRSS	140 % BRSS
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Analyses médicales et examens de laboratoire	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments (remboursements Sécurité sociale de 15 %, 30 % ou 65 %)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

Matériel médical (appareillages et prothèses médicales remboursés par la SS)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	15 € / an	15 € / an	15 € / an
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an

AIDE AUDITIVE - un équipement par oreille tous les 4 ans - dans la limite des PLV

Jusqu'au 31/12/2020 : Prothèses auditives	225 € / an	225 € / an	225 € / an
À compter du 01/01/2021 : Équipement 100% santé ** - Prothèse auditive classe I ***	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)		
Panier libre - Prothèse auditive classe II *** (Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale)			
- Bénéficiaire > 20 ans	400 €	400 €	400 €
- Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité ****	1400 €	1400 €	1400 €

DENTAIRE (4)

Soins et prothèses 100% santé **	Aucun reste à payer dans la limite des honoraires limite de facturation (6)		
Soins	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	350 % BRSS	425 % BRSS	500 % BRSS
Panier maîtrisé (dans la limite des HLF) / Panier libre			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250 % BRSS	250 % BRSS	250 % BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	400 € / an	400 € / an	400 € / an
Inlays/onlays	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Implants	400 € / an	400 € / an	500 € / an

OPTIQUE - pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales

Équipements 100% santé **			
Lunettes (monture + 2 verres) de classe A	Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7)		

Equipements libres			
Lunettes (monture + 2 verres) de classe B			
Verres	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique
Par monture de lunettes	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale (5)	150 € / an	150 € / an	150 € / an
Opération de l'œil (par an et par bénéficiaire)	150 € / an	150 € / an	150 € / an

ACTES DE PRÉVENTION

Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
--------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------------	------------

GRILLES OPTIQUES

(remboursement par verre)

Verre simple foyer			
- SPH de - 6 à + 6	75 €	100 €	125 €
- SPH < - 6 ou > + 6	80 €	100 €	125 €
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique			
- SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	80 €	100 €	150 €
- SPH > 0 et S ≤ + 6	85 €	100 €	150 €
- SPH > 0 et S > + 6	95 €	100 €	150 €
- SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	90 €	100 €	175 €
- SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	100 €	100 €	175 €
Verre multi-focaux ou progressif sphérique			
- SPH de - 4 à + 4	125 €	190 €	210 €
- SPH < - 4 ou > + 4	150 €	190 €	210 €
Verre multi-focaux ou progressif sphéro-cylindrique			
- SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	165 €	200 €	250 €
- SPH > 0 et S ≤ + 8	165 €	200 €	250 €
- SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	175 €	200 €	250 €
- SPH > 0 et S > + 8	175 €	200 €	250 €
- SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	175 €	200 €	250 €

BR : Base de remboursement SS : Sécurité Sociale FR : Frais réels BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale DPTM : Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.

(*) chirurgie dite de confort non remboursée par la SS

SPH = sphère

CYL = cylindre (+)

S = SPH + CYL

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(5) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Annexe 2

Cotisations mensuelles

1. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise décide de couvrir le salarié seul

Couverture obligatoire du salarié seul	REGIME GENERAL			ALSACE MOSELLE		
	Base obligatoire	Surcomp. 1	Surcomp. 2	Base obligatoire	Surcomp. 1	Surcomp. 2
	36,47 € (1)	39,31 € (2)	42,20 € (3)	25,53 € (4)	27,52 € (5)	29,54 € (6)
EXTENSION FACULTATIVE AYANTS DROIT A L'INITIATIVE DU SALARIE						
Couverture du conjoint	(1)+56,62 € 93,09 €	(2)+60,72 € 100,03 €	(3)+64,90 € 107,10 €	(4)+39,63 € 65,16 €	(5)+42,50 € 70,02 €	(6)+45,43 € 74,97 €
Couverture d'un enfant*	(1)+32,24 € 68,71 €	(2)+32,75 € 72,06 €	(3)+33,24 € 75,44 €	(4)+22,57 € 48,10 €	(5)+22,92 € 50,44 €	(6)+23,28 € 52,82 €
*gratuit à partir du 3ème enfant						
EXTENSION FACULTATIVE « SURCOMPLEMENTAIRE 1 » et «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE						
Couverture du salarié seul (si l'employeur ne met en place que la couverture de base obligatoire)	(1)+3,04 € 39,51 €	(1)+6,13 € 42,60 €		(4)+2,13 € 27,66 €	(4)+4,30 € 29,83 €	
		(2)+3,29 € 42,60 €			(5)+2,31 € 29,83 €	
Couverture du salarié seul (si l'employeur met en place la couverture surcomp. 1)						

Les modalités de répartition des prises en charge entre l'employeur et le salarié figurent à l'article 5 de l'accord

2. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise couvre à titre obligatoire le salarié et ses ayants droit

COUVERTURE OBLIGATOIRE			REGIME GENERAL			ALSACE MOSELLE		
	Base	Surcomp. 1	Surcomp. 2	Base	Surcomp. 1	Surcomp. 2		
Couverture du salarié	36,47 € (1)	39,31 € (2)	42,20 € (3)	25,53 € (10)	27,52 € (11)	29,54 € (12)		
Couverture du conjoint	47,86 € (4)	51,41 € (5)	55,03 € (6)	33,51 € (13)	35,99 € (14)	38,52 € (15)		
Couverture d'un enfant	29,85 € (7)	30,29 € (8)	30,72 € (9)	20,90 € (16)	21,21 € (17)	21,51 € (18)		

EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» A L'INITIATIVE DU SALARIE									
(si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)									
Couverture du salarié seul		(1)+3,04 €			(10)+2,13 €				
		39,51 €			27,66 €				
Couverture du conjoint		(4)+4,10 €			(13)+2,87 €				
		51,96 €			36,38 €				
Couverture d'un enfant		(7)+0,51 €			(16)+0,35 €				
		30,36 €			21,25 €				

EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE									
(si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)									
Couverture du salarié seul		(1)+6,13 €				(10)+4,30 €			
		42,60 €				29,83 €			
Couverture du conjoint		(4)+8,28 €				(13)+5,80 €			
		56,14 €				39,31 €			
Couverture d'un enfant		(7)+1,00 €				(16)+0,71 €			
		30,85 €				21,61 €			

EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE									
(si l'employeur choisit la surcomplémentaire 1 à titre obligatoire)									
Couverture du salarié seul		(2)+3,29 €				(11)+2,31 €			
		42,60 €				29,83 €			
Couverture du conjoint		(5)+4,73 €				(14)+3,32 €			
		56,14 €				39,31 €			
Couverture d'un enfant		(8)+0,56 €				(17)+0,40 €			
		30,85 €				21,61 €			

*gratuit à partir du 3ème enfant

3. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise choisit à titre obligatoire un tarif unique famille

Couverture obligatoire Tarif unique famille	REGIME GENERAL			ALSACE MOSELLE		
	Base	Surcomp. 1	Surcomp 2	Base	Surcomp. 1	Surcomp. 2
	94,28 € (1)	99,62 € (2)	105,02 € (3)	66,00 € (4)	69,74 € (5)	73,51 € (6)

EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)						
FAMILLE		(1) +5,50 € 99,78 €			(4) +3,85 € 69,85 €	
EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)						
FAMILLE		(1) +11,06 € 105,34 €				(4) +7,74 € 73,74 €
EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture surcomplémentaire 1 à titre obligatoire)						
FAMILLE		(2) +5,72 € 105,34 €				(5)+4,00 € 73,74 €

4. Cotisations totales applicables si l'entreprise choisit à titre obligatoire un tarif unique famille au sens Sécurité sociale

Couverture obligatoire FAMILLE à charge au sens du contrat	REGIME GENERAL			ALSACE MOSELLE		
	Base	Surcomp. 1	Surcomp. 2	Base	Surcomp. 1	Surcomp. 2
	82,32 € (1)	86,71 € (2)	91,18 € (3)	57,63 € (4)	60,70 € (5)	63,83 € (6)

EXTENSION FACULTATIVE «CONJOINT» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit de couvrir la famille au sens SS à titre obligatoire)						
CONJOINT (en sus de la cotisation famille SS)	(1)+56,62 € 138,94 €	(2)+60,72 € 147,43 €	(3)+64,90 € 156,08 €	(4)+39,63 € 97,26 €	(5)+42,50 € 103,20 €	(6)+45,43 € 109,26 €
EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)						
FAMILLE au sens SS		(1)+4,52 € 86,84 €			(4)+3,17 € 60,80 €	
EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)						
FAMILLE au sens SS			(1)+9,12 € 91,44 €			(4)+6,38 € 64,01 €
EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture surcomplémentaire 1 à titre obligatoire)						
FAMILLE au sens SS			(2)+4,73 € 91,44 €			(5)+3,31 € 64,01 €