

Convention collective nationale

IDCC : 7517 | **INGÉNIEURS ET CADRES D'EXPLOITATIONS AGRICOLES**  
**(2 avril 1952)**

(Étendue par arrêté du 13 octobre 1953,  
*Journal officiel* du 28 octobre 1953)

## Avenant n° 51 du 2 juin 2021

NOR : AGRS2397047M

IDCC : 7517

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

**Fédération nationale de la propriété privée rurale ;**

**Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;**

**Fédération nationale du bois ;**

**Entrepreneurs des territoires,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;**

**Fédération de l'agriculture CFTC-Agri ;**

**Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;**

**Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Les organisations patronales et salariales conviennent de réviser la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises et exploitations agricoles du 2 avril 1952 afin d'aménager les garanties des régimes de prévoyance et frais de santé et d'entériner l'évolution des taux de cotisations.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

La convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est modifiée comme suit :

À l'article 4 « Cotisations », le paragraphe 4-2 intitulé « Taux de cotisations et répartitions » est modifié comme suit :

### « 4-2. Taux de cotisations et répartitions

Dispositions existantes, sans changement

- Garantie de retraite complémentaire : dispositions existantes, sans changement.
- Garanties de prévoyance :

Le taux global des cotisations destinées au financement des prestations de prévoyance définies au titre III de la présente convention est égal à :

- 1,48 % sur la tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond des assurances sociales agricoles (tranche A), réparti à raison de 83,78 % à la charge de l'employeur et de 16,22 % à la charge du salarié soit un taux de cotisation respectif de 1,24 % pour l'employeur et de 0,24 % pour le salarié ;
- 2,65 % sur les tranches de rémunération comprises entre le plafond des assurances sociales agricoles et une limite supérieure ou égale à 8 fois ce plafond (tranches B et C) répartis à raison de 62,64 % à la charge de l'employeur et de 37,36 % à la charge du salarié soit un taux de cotisation respectif de 1,66 % pour l'employeur et de 0,99 % pour le salarié.

Concernant le risque incapacité temporaire, la garantie correspondant à l'obligation de mensualisation de l'employeur est à la charge exclusive de celui-ci et correspond à une cotisation de 0,47 % sur la tranche A et de 1,05 % sur les tranches B et C.

La garantie correspondant au relais mensualisation est quant à elle à la charge exclusive du salarié et correspond à une cotisation de 0,22 % sur la tranche A et de 0,48 % sur les tranches B et C.

Le taux global des cotisations destinées au financement des prestations de prévoyance est détaillé en annexe I.

- Retraite supplémentaire : dispositions existantes, sans changement.
- Garantie complémentaire frais de santé :

La garantie complémentaire santé prévue au titre IV de la présente convention est financée par une cotisation santé mensuelle de 129 €. comprenant les taxes et contributions connues à la date du présent avenant. Pour l'Alsace et la Moselle, cette cotisation mensuelle est de 94 €.

Cette cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Sans préjuger des augmentations nécessaires à l'équilibre technique du régime qui font l'objet d'une négociation entre les partenaires sociaux, la cotisation santé est indexée annuellement à hauteur de 50 % de l'indice national de la consommation médicale totale (moyenne sur les 3 dernières années), sauf décision ponctuelle des partenaires sociaux.

Par avenant des partenaires sociaux, toute nouvelle taxe, charge, contribution ou majoration de ces dernières qui entrerait en vigueur postérieurement à la date du présent avenant et dont la récupération ne serait pas interdite, pourra être répercutée sur la présente cotisation.

- Dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire santé : dispositions existantes, sans changement.

- Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise : dispositions existantes, sans changement.
- Cas particulier des employeurs multiples relevant du champ d'application de la présente convention : dispositions existantes, sans changement. »

À l'article 12 « Capital décès », le paragraphe 12-1 intitulé « Montant du capital décès de base et bénéficiaires » est modifié comme suit :

**« 12-1. Montant du capital décès de base et bénéficiaires**

En cas de décès d'un salarié, il est versé un capital décès de base égal à 150 % du salaire brut annuel. Ce capital est attribué par priorité :

- au(x) bénéficiaire(s) éventuellement désigné(s), personne(s) physique(s) ;
- à défaut, au conjoint, au cocontractant d'un PACS ou au concubin ;
- à défaut, aux descendants ;
- à défaut, aux héritiers selon l'ordre successoral tel que défini aux articles 734 à 755 du code civil. »

À l'article 12 « Capital décès », le paragraphe 12-3 intitulé « Décès accidentel » est supprimé. De ce fait, les paragraphes suivants sont renumérotés comme suit : 12-3 Double effet – 12-4 Salaire de référence – 12-5 Invalidité absolue et définitive.

L'annexe I de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est supprimée et remplacée par l'annexe I jointe au présent avenant.

L'annexe II de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est supprimée et remplacée par l'annexe II jointe au présent avenant.

## **Article 2**

Les modifications relatives aux cotisations (prévoyance et santé) prennent effet au 1<sup>er</sup> juillet 2021 et les autres dispositions prévues au présent avenant prennent effet au 1<sup>er</sup> juin 2021.

## **Article 3**

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

*Fait à Paris, le 2 juin 2021.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe I

### Taux et répartitions des cotisations

	TA Tranche de salaire inférieure ou égale au plafond ASA			TB – TC Tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond ASA		
	Part employeur	Part salariale	Total	Part employeur	Part salariale	Total
<b>Décès</b>	0,42 %		0,42 %	0,18 %	0,12 %	0,30 %
Capital décès	0,33 %		0,33 %	0,13 %	0,12 %	0,25 %
Indemnité frais d'obsèques	0,02 %		0,02 %			
Rente éducation	0,07 %		0,07 %	0,05 %		0,05 %
<b>Incapacité temporaire</b>	0,47 %	0,22 %	0,69 %	1,05 %	0,48 %	1,53 %
Mensualisation	0,45 %		0,45 %	0,99 %		0,99 %
Complément mensualisation	0,02 %		0,02 %	0,06 %		0,06 %
Relais mensualisation		0,22 %	0,22 %		0,48 %	0,48 %
<b>Incapacité permanente</b>	0,35 %	0,02 %	0,37 %	0,43 %	0,39 %	0,82 %
Incapacité permanente privée	0,31 %	0,02 %	0,33 %	0,35 %	0,39 %	0,74 %
Incapacité permanente professionnelle	0,04 %		0,04 %	0,08 %		0,08 %
<b>Total taux de cotisation</b>	<b>1,24 %</b>	<b>0,24 %</b>	<b>1,48 %</b>	<b>1,66 %</b>	<b>0,99 %</b>	<b>2,65 %</b>
(Soit en répartition)	(83,78 %)	(16,22 %)	(100 %)	(62,64 %)	(37,36 %)	(100 %)

## **Annexe II Tableau des garanties santé**

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

*(Voir page suivante.)*

Tableau des garanties santé CCN 52 – Régime hors Alsace Moselle

Nature des frais	(RO) Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	330% BR	400% BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	130% BR	200% BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	330% BR	400% BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70% BR	130% BR	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	60% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Analyses, et examens de laboratoire <sup>(2)</sup></b>	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	100% BR
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(2)</sup></b>	70% BR	30% BR	100% BR
<b>Actes de prévention <sup>(3)</sup></b>	de 35% à 70% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Honoraires de médecines douces :</b> ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étioopathie, homéopathie	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
<b>Médicaments</b>			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
<b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	100% FR - RO	100% FR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60% BR ou 100% BR	240% ou 200% BR	300%BR
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Frais de séjour</b>	80% ou 100% BR	120% ou 100% BR	200% BR
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80% ou 100% BR	320% BR ou 300% BR	400%BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80% ou 100% BR	120% BR ou 100% BR	200%BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>	-	100% FR	100% FR
<b>Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup></b>	-	100% FR	100% FR
<b>Chambre particulière y compris en ambulatoire :</b>	-		
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
<b>Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans</b>	-	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
<b>MATERNITE</b>			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>
<b>OPTIQUE</b>			
	<b>1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)</b>		
	Plafond de 30€ pour la monture de classe A et de 100€ pour la monture de classe B		
<b>Equipements 100% Santé (Classe A) <sup>(7)</sup></b>			
- Monture + 2 Verres	60% BR	100% FR - RO	100% FR
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Autres équipements</b>			
-Monture Classe B + 2 verres Classe A <sup>(7)</sup>	60% BR	Monture : 100€ - RO Verres : 100% FR - RO	Monture : 100€ Verres : 100% FR
-Monture + 2 verres simples Classe B <sup>(8)</sup>	60% BR	420€ - RO	420€
-Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	60% BR	560€ - RO	560€
-Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	60% BR	700€ - RO	700€
<b>Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(7)</sup></b>	60% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Supplément pour verre avec filtre <sup>(7)</sup></b>	60% BR	100% FR - RO	100% FR
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	40% BR +470€/an/bénéficiaire	100% BR +470€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1000€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% Santé <sup>(7)</sup></b>	70% BR	100% FR - RO	100% FR

<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	70% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Inlay Onlay (hors 100% Santé) <sup>(9)</sup></b>	70% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Prothèses (hors 100% Santé) :</b>			
- prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(9)</sup>	70% BR	410%	480% BR
- prothèses à honoraires libres	70% BR	410%	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de	215€/an/bénéficiaire
<b>Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	70% ou 100% BR	330% BR ou 300% BR	400% BR
<b>Orthodontie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de	400€/an/bénéficiaire
<b>Implantologie (hors couronne implanto-portée)</b>	-	Crédit de	Crédit de
		1000€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire
<b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de	Crédit de
			200€/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(10)</sup></b>			
<b>Équipements 100% Santé (Classe I) <sup>(7)</sup></b>	60% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité</b>	60% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans</b>	60% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
<b>Prothèses auditives non remboursées par le régime de base</b>	-	Crédit de	Crédit de
			385€/an/bénéficiaire
<b>CURES THERMALES</b>			
Honoraires de surveillance médicale	70% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires médicaux <sup>(2)</sup>	70% BR	30%	100% BR
Frais de soins et de séjour	65% ou 70% BR	35% BR ou 30% BR + Crédit de	100% BR + Crédit de
		195€/an/bénéficiaire	195€/an/bénéficiaire
<b>DIVERS</b>			
Transports remboursés par le régime de base	65% ou 100% BR	135% BR ou 100% BR	200% BR
Assistance	-	INCLUS	INCLUS
Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

Tableau des garanties santé CCN 52 – Régime Alsace Moselle

Nature des frais	(RO) Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90% BR	310% BR	400% BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90% BR	110% BR	200% BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90% BR	310% BR	400% BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90% BR	110% BR	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Analyses, et examens de laboratoire</b> <sup>(2)</sup>	90% ou 100% BR	10% ou 0% BR	100% BR
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b> <sup>(2)</sup>	90% BR	10% BR	100% BR
<b>Actes de prévention</b> <sup>(3)</sup>	de 35% à 90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Honoraires de médecines douces</b> : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étiopathie, homéopathie	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
<b>Médicaments</b>			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90% BR	10%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	80% BR	20%BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85%BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
<b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90% BR ou 100% BR	210% ou 200% BR	300%BR
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Frais de séjour</b>	100% BR	100% BR	200% BR
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	300% BR	400%BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	200%BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>	-	100% FR	100% FR
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(5)</sup>	100% FR	-	100% FR
<b>Chambre particulière y compris en ambulatoire :</b>			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90% FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	60€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
<b>Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans</b>	-	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire	40€/jour limité à 60 jours /an /bénéficiaire
<b>MATERNITE</b>			
<b>Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)</b>		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>
<b>OPTIQUE</b>			
	<b>1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)</b>		
	<b>Plafond de 30€ pour la monture de classe A et de 100€ pour la monture de classe B</b>		
<b>Equipements 100% Santé (Classe A)</b> <sup>(7)</sup>			
- Monture + 2 Verres	90% BR	100% FR - RO	100% FR
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Autres équipements</b>			
-Monture Classe B + 2 verres Classe A <sup>(7)</sup>	90% BR	Monture : 100€ - RO Verres : 100% FR - RO	Monture : 100€ Verres : 100% FR
-Monture + 2 verres simples Classe B <sup>(8)</sup>	90% BR	420€ - RO	420€
-Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	90% BR	560€ - RO	560€
-Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	90% BR	700€ - RO	700€
<b>Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B</b> <sup>(7)</sup>	90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Supplément pour verre avec filtre</b> <sup>(7)</sup>	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	10% BR +470€/an/bénéficiaire	100% BR +470€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1000€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b> <sup>(7)</sup>	90% BR	100% FR - RO	100% FR



<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Inlay Onlay (hors 100% Santé) <sup>(9)</sup></b>	90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Prothèses (hors 100% Santé) :</b>			
- prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(9)</sup>	90% BR	390% BR	480% BR
- prothèses à honoraires libres	90% BR	390% BR	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	215€/an/bénéficiaire
<b>Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	90% ou 100% BR	310% BR ou 300% BR	400% BR
<b>Orthodontie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	400€/an/bénéficiaire
<b>Implantologie (hors couronne implanto-portée)</b>	-	Crédit de 1000€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire
<b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	200€/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(10)</sup></b>			
<b>Equipements 100% Santé (Classe I) <sup>(7)</sup></b>	90% BR	100% FR - RO	100% FR
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité</b>	90% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans</b>	90% BR	1700€ - RO / Oreille	1700€ / Oreille
Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385€/an/bénéficiaire	385€/an/bénéficiaire
<b>CURES THERMALES</b>			
Honoraires de surveillance médicale	90% BR	100% FR - RO	100% FR
Honoraires médicaux <sup>(2)</sup>	90% BR	30% BR	100% BR
Frais de soins et de séjour	65% ou 90% BR	35% BR ou 10% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire	100% BR + Crédit de 195€/an/bénéficiaire
<b>DIVERS</b>			
Transports remboursés par le régime de base	100% BR	100% BR	200% BR
Assistance	-	INCLUS	INCLUS
Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8)

#### Verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

#### Verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

#### Verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés jusqu'en 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(10) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.

## Tableau des prestations d'assistance (par an et par bénéficiaire)

<p>Les prestations d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances,</p> <p>7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 - depuis la France et l'étranger</p>	
<b>Informations et services santé</b>	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
<b>Assistance de l'enfant malade</b> (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde: 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
<b>Assistance en cas d'hospitalisation</b> (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
<b>Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile</b> (durée minimale de l'hospitalisation 4 j jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
<b>Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger</b>	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

\* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger