

**SOCIETE COMMERCIALE AUTOMOBILE
ACCORD RELATIF
A LA MISE EN PLACE D'UNE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE COLLECTIVE
ET OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTE
ET
AU BUDGET DES OEUVRES SOCIALES CONFIE AUX COMITES
D'ETABLISSEMENT DE LA SCA**

La Direction de la Société Commerciale Automobile, ci-après dénommée « la SCA », représentée par Monsieur François BONNOTTE, dûment mandaté

d'une part,

Et

Les Organisations Syndicales suivantes dûment mandatées :

- CFDT, représentée par Monsieur Patrice MEUNIER
- CFE-CGC, représentée par Monsieur Franck TOUPET
- CGT, représentée par Monsieur Clotaire PICARD
- FO, représentée par Monsieur Eric BONNAIRE

d'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIIT :

La Direction et les Organisations Syndicales, conscientes des écarts sociaux historiques entre les différents établissements de la SCA entendent poursuivre leurs efforts en faveur d'une réduction de ces écarts.

Les parties partagent la conviction qu'il est nécessaire que tous les salariés de la Société Commerciale Automobile (SCA) disposent d'une complémentaire santé collective et obligatoire, notamment dans le contexte économique actuel.

Les frais de santé, par l'effet de l'inflation et de l'amélioration des techniques médicales, augmentent régulièrement sans que les remboursements de la Sécurité Sociale suivent cette même tendance. La complémentaire santé est devenue une nécessité pour compenser le désengagement du système de remboursement actuel et pour garantir l'accès aux soins médicaux.

Face aux déremboursements successifs des médicaments et des prestations médicales par la Sécurité Sociale, l'augmentation des frais de santé doit être supportée par les organismes prestataires. Les tarifs proposés par les complémentaires santé sont en hausse.

Tout au long de leurs échanges, les parties ont également été guidées par les dispositions de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposées dans la loi du 14 juin 2013, lesquelles prévoient qu'à court terme chaque salarié devra bénéficier d'une couverture complémentaire santé obligatoire et collective.

me

FB

BS

SA

La SCA et les Organisations Syndicales représentatives des salariés ont élaboré un régime obligatoire de remboursement des frais de santé identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et leur établissement.

Ainsi grâce à la mutualisation des coûts, la complémentaire santé collective et commune à tous les établissements de la SCA permet aux salariés de bénéficier de tarifs attractifs ; l'instauration d'une complémentaire santé collective et obligatoire identique dans tous les établissements et pour toutes les catégories socio-professionnelles doit également permettre de réduire les écarts sociaux historiques entre les différents établissements de la SCA.

Article liminaire : Objet, durée et date d'entrée en vigueur

Le présent accord, ci-après désigné par « l'Accord », a pour objet :

- d'une part l'adhésion obligatoire des bénéficiaires de l'Accord au contrat collectif de frais médicaux ci-après désigné par « le Contrat ». Le Contrat est souscrit par la SCA auprès d'un organisme habilité, ci-après désigné par « Organisme Assureur » ;
- d'autre part, la réduction des écarts historiques entre les établissements de la SCA, par la mise en place d'une couverture santé unique, et par une action sur le budget des œuvres sociales qui est alloué aux comités d'établissement.

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 01/01/2014.

Pour la partie relative à l'institution de la complémentaire obligatoire de remboursements de frais de santé, le présent accord s'appliquera aux soins effectués à compter de cette date.

Cependant il est rappelé que des procédures de dénonciation des mutuelles existantes au sein des établissements de la SCA sont en cours.

Compte tenu du délai légal devant être respecté pour ces dénonciations, il est entendu que les bénéficiaires ne pourront entrer dans le champ d'application du présent accord qu'à la date d'expiration des délais de dénonciation précités.

Pod

B

BS 87

CHAPITRE 1 - INSTITUTION D'UNE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTE

Il a été décidé ce qui suit en application de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 1 : Bénéficiaires de l'accord

Sont bénéficiaires de l'Accord, sans condition d'ancienneté, les salariés de la SCA.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé maternité, d'un arrêt de travail avec maintien d'indemnités journalières de la sécurité sociale et/ou du régime de prévoyance et/ou d'une pension d'invalidité restent bénéficiaires de l'Accord avec participation de l'employeur.

Les salariés dont le contrat est suspendu au titre d'un congé ne donnant pas lieu au versement de salaire sont exclus du bénéfice de l'Accord. L'Organisme Assureur leur proposera toutefois un maintien facultatif des garanties du Contrat, aux mêmes tarifs, sans participation de l'employeur.

En cas de rupture du contrat de travail, le salarié cesse immédiatement d'être bénéficiaire de l'Accord sous réserve des conditions d'application de la portabilité définie à l'article 5 du présent Accord.

Article 2 : Bénéficiaires des garanties du contrat

Sont bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du Contrat les bénéficiaires de l'Accord et, à titre facultatif, leurs ayants droit.

Les ayants droit du bénéficiaire de l'Accord peuvent être :

- son conjoint, concubin, ou personne liée au bénéficiaire de l'Accord par un pacte civil de solidarité,
- ses enfants fiscalement à charge jusqu'à 21 ans sans condition, jusqu'à 28 ans sur production d'un justificatif (étudiants, chômeurs non indemnisés au titre de l'assurance chômage, apprentis),
- ses enfants fiscalement à charge reconnus comme handicapés sans limite d'âge.

Selon le choix du nombre de bénéficiaires, le collaborateur s'oriente vers un des tarifs « isolé », « duo » ou « famille » présentés à l'article 7.

Si le salarié choisit d'être seul bénéficiaire des garanties, il cotisera au tarif « isolé ».

S'il fait le choix d'inscrire un bénéficiaire supplémentaire (son conjoint ou concubin ou partenaire pacsé ou un enfant à charge fiscale) il optera pour le tarif « duo ».

Si le collaborateur fait le choix d'inscrire deux bénéficiaires supplémentaires ou plus (son conjoint, concubin, ou partenaire pacsé et un ou plusieurs enfants fiscalement à charge), il sélectionnera le tarif « famille ».

PM

B

BS

AT

Article 3 : Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au Contrat est obligatoire pour les bénéficiaires de l'Accord.

Elle résulte de la signature du présent Accord par les Organisations Syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail. Les salariés concernés ne pourront pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 4 : Cas de dispense

Sous réserve de justification auprès de l'Organisme Assureur, le salarié garde la possibilité de ne pas adhérer au Contrat si :

- il bénéficie, en tant que conjoint non à charge, d'une couverture complémentaire santé obligatoire par l'intermédiaire de son conjoint, concubin ou partenaire pacsé, lorsque ce dernier n'est pas collaborateur de la SCA si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire et comporte les mêmes risques,
- il est en CDD (dont apprentissage) inférieur à 12 mois,
- il est en CDD (dont apprentissage) supérieur à 12 mois et il justifie d'une couverture santé par ailleurs à titre individuel,
- lorsque la cotisation salariale à la complémentaire santé représente au moins 10% de sa rémunération brute,
- il est bénéficiaire de la CMU-C,
- lorsque les deux conjoints sont collaborateurs de la SCA et que l'un des deux souhaite cotiser à un tarif faisant bénéficier de la couverture complémentaire l'autre conjoint comme ayant droit. La participation employeur prévue à l'article 9 du présent Accord n'est due que pour le collaborateur qui cotise.

Article 5 : Portabilité de la couverture

Article 5.1 : Portabilité des droits

L'article 14 de l'Accord National interprofessionnel du 11 janvier 2008 et ses avenants ultérieurs a institué un dispositif de portabilité, permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance dont ils bénéficiaient au sein de la SCA, en cas de rupture de leur contrat de travail non consécutif à une faute lourde ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties prend effet dès la date de rupture du contrat de travail.

Compte tenu des évolutions législatives et notamment de l'entrée en vigueur de la loi relative à la Sécurisation de l'Emploi du 14 mai 2013, la durée de ce maintien de garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, dans une limite maximale de neuf mois jusqu'au 31 mai 2014.

Cette limite maximale passe à 12 mois à compter du 01^{er} juin 2014 pour le remboursement des frais de santé, ce maintien sera proposé gratuitement.

En anticipation de ces dispositions légales, l'Organisme Assureur entend instituer le nouveau dispositif de portabilité des garanties de frais de santé dès le 1^{er} janvier 2014.

Article 5.2 : Maintien des garanties en cas de départ à la retraite

Les salariés partant en retraite ont la possibilité de demander le maintien, à titre individuel, de leur couverture santé sans limitation de durée.

Cette possibilité s'applique sans délai de carence, sous réserve qu'ils en fassent la demande auprès de l'Organisme Assureur au plus tard dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

Les tarifs applicables aux retraités sont fixés conformément aux limites prévues par la loi du 31 décembre 1989 (loi Evin) et les décrets pris pour son application. Ces tarifs figurent à l'article 9 du présent Accord.

Article 6 : Nature des garanties versées aux bénéficiaires

Les garanties qui sont annexées au présent Accord ont été élaborées par accord des parties au contrat de frais médicaux. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour la SCA, qui n'est tenue à l'égard des salariés qu'à sa seule participation aux cotisations. Par conséquent, les garanties figurant en annexe à titre informatif sont à la charge exclusive de l'Organisme Assureur en contrepartie de cotisations définies à l'article 7, au même titre que les modalités, les limitations et les exclusions de garanties. Les garanties ainsi convenues ne pourront être modifiées par l'Organisme Assureur que par avenant au Contrat.

Article 6.1 : La garantie « Option Standard »

Les cotisations de la garantie « Option Standard » sont présentées à l'article 7 du présent accord.

Les principaux remboursements en vigueur au 1^{er} janvier 2014 figurent pour information en Annexe.

Article 6.2 : Les garanties « Option Intermédiaire » et « Option Supérieure »

L'organisme assureur propose des prestations améliorées (l'«Option Intermédiaire» et l'«Option Supérieure») ayant pour objet d'améliorer la garantie prévue par l'«Option Standard».

Les Bénéficiaires de l'Accord pourront y adhérer à titre facultatif.

Les cotisations des garanties « Option Intermédiaire » et « Option Supérieure » sont présentées à l'article 7 du présent accord.

Les principaux remboursements en vigueur au 1^{er} janvier 2014 figurent pour information en Annexe.

PA

FB BS ST

Article 7: Financement des couvertures garanties versées aux bénéficiaires à titre obligatoire

La cotisation du contrat est calculée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale. Elle est fixée pour l'année civile en fonction des résultats techniques et du rapport prestations/cotisations.

Cette cotisation est exprimée pour chaque salarié suivant l'option choisie et la situation familiale en montant en euros.

Quel que soit le niveau de garanties choisi par le salarié, ainsi que le nombre de bénéficiaires déclaré par le collaborateur auprès de l'Organisme assureur, la SCA prend en charge 50% du tarif de la garantie « Standard/Isolé » du régime général.

Suite à la demande des organisations syndicales signataires, et à compter du 1^{er} janvier 2014, date d'entrée en vigueur du présent accord, la Direction prend l'engagement d'intégrer dans les salaires la prime exceptionnelle temporaire de 13,70€, instituée dans les conditions prévues à l'article 3 de l'Accord « portant sur les mesures salariales de 2013 dans le cadre de la NAO » pour la SCA du 13 mai 2013.

En fonction de l'option du niveau de garantie et du nombre de bénéficiaires choisi par le collaborateur, la cotisation mensuelle, pour le régime général, s'élève à :

Option	Tarif	Taux (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale*)	A titre indicatif Cotisations mensuelles en euros (**)
Standard	Isolé	1,29% PMSS	39,81€
	Duo	2,39% PMSS	73,65€
	Famille	2,99% PMSS	92,27€
Intermédiaire	Isolé	1,93% PMSS	59,56€
	Duo	3,57% PMSS	110,19€
	Famille	4,50% PMSS	138,87€
Supérieure	Isolé	2,50% PMSS	77,15€
	Duo	4,63% PMSS	142,73€
	Famille	6,10% PMSS	188,25€

(*) Pour 2013 le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est de 3 086 €

(**) Cotisations 2013 calculées sur la base du PMSS 2013 (plafond mensuel de la Sécurité sociale).

En fonction de l'option du niveau de garantie et du nombre de bénéficiaires choisi par le collaborateur, la cotisation mensuelle, pour le régime local (Alsace-Moselle), s'élève à :

Option	Tarif	Taux (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale*)	A titre indicatif Cotisations mensuelles en euros (**)
Standard	Isolé	0,97% PMSS	29,93€
	Duo	1,79% PMSS	55,24€
	Famille	2,24% PMSS	69,13€
Intermédiaire	Isolé	1,45% PMSS	44,75€
	Duo	2,68% PMSS	82,70€
	Famille	3,38% PMSS	104,31 €
Supérieure	Isolé	1,88% PMSS	58,02€
	Duo	3,47% PMSS	107,08€
	Famille	4,58% PMSS	141,34€

(*) Pour 2013 le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est de 3 086 €

(**) Cotisations 2013 calculées sur la base du PMSS 2013 (plafond mensuel de la Sécurité sociale).

En fonction de l'option du niveau de garantie et du nombre de bénéficiaires choisi par le collaborateur retraité, la cotisation mensuelle, pour le régime général, s'élève à :

Option	Tarif	Taux (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale*)	A titre indicatif Cotisations mensuelles en euros (**)
Standard	Isolé	1,81% PMSS	55,86€
	Duo	3,34% PMSS	103,07€
	Famille	4,19% PMSS	129,30€
Intermédiaire	Isolé	2,70% PMSS	83,32€
	Duo	5,00% PMSS	154,30€
	Famille	6,30% PMSS	194,42€
Supérieure	Isolé	3,50% PMSS	108,01€
	Duo	6,48% PMSS	199,97€
	Famille	8,54% PMSS	263,54€

(*) Pour 2013 le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est de 3 086 €

(**) Cotisations 2013 calculées sur la base du PMSS 2013 (plafond mensuel de la Sécurité sociale).

En fonction de l'option du niveau de garantie et du nombre de bénéficiaires choisi par le collaborateur retraité, la cotisation mensuelle, pour le régime local (Alsace-Moselle), s'élève à :

Option	Tarif	Taux (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale*)	A titre indicatif Cotisations mensuelles en euros (**)
Standard	Isolé	1,36% PMSS	41,97€
	Duo	2,51% PMSS	77,46€
	Famille	3,14% PMSS	96,90€
Intermédiaire	Isolé	2,03% PMSS	62,65€
	Duo	3,75% PMSS	115,73€
	Famille	4,73% PMSS	145,97€
Supérieure	Isolé	2,63% PMSS	81,16€
	Duo	4,86% PMSS	149,98€
	Famille	6,41% PMSS	197,81€

(*) Pour 2013 le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est de 3 086 €

(**) Cotisations 2013 calculées sur la base du PMSS 2013 (plafond mensuel de la Sécurité sociale).

Il est garanti un maintien des tarifs pendant 2 ans à compter de la mise en œuvre du Contrat. Si, au terme de ces deux années, le Contrat n'est pas déficitaire de plus de 2%, l'Organisme Assureur entend maintenir ces tarifs pour une troisième année.

Lors de son affiliation, le bénéficiaire qui n'aurait pas confirmé son choix d'option dans le délai imparti sera automatiquement affilié à la cotisation « Option standard tarif isolé ».

Article 8 : Informations

8.1 : Information individuelle

La SCA informera chaque salarié bénéficiaire de l'Accord et tout nouvel embauché bénéficiaire de l'Accord qu'une notice d'information détaillée, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application, lui sera remise individuellement.

Les salariés bénéficiaires de l'Accord seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification future des garanties.

Les salariés bénéficiaires de l'Accord dont le contrat de travail est suspendu ou rompu seront informés des conditions de portabilité.

8.2 : Information collective

En respect de l'article R.2323-1 du Code du travail, le Comité Central d'Entreprise sera informé et consulté sur les éventuelles futures modifications des cotisations et garanties instaurées par l'Accord.

8.3 : Accompagnement des salariés

Les bénéficiaires disposeront d'un service de proximité, tant pour la phase de mise en œuvre du régime, que pour la phase de vie courante. Ils pourront utiliser les moyens modernes de communication (internet, ligne téléphonique dédiée, échange de pièces justificatives par mail...) dans la gestion administrative de leur couverture.

Article 9. Modification de l'Accord – Dénonciation

L'Accord pourra être modifié selon le dispositif prévu aux articles L.2261-7 et L.2261-8 du Code du Travail.

En application des articles L.2261-9 et suivants du Code du travail, l'accord pourra également être dénoncé à tout moment, soit par la Direction de l'Entreprise, soit par des Organisations Syndicales représentatives signataires.

Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois. En tout état de cause, et sauf accord contraire des parties y compris de l'Organisme Assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du Contrat.

La résiliation par l'Organisme Assureur du Contrat emporte de plein droit la caducité de l'Accord par disparition de son objet.

Article 10 : Suivi de la mise en place de la couverture complémentaire santé

Une Commission de Suivi se réunira régulièrement afin de dresser un état des lieux et faire le bilan de l'année écoulée ou le suivi relatif à la « vie » du Contrat souscrit auprès de l'Organisme Assureur.

Elle sera composée des parties signataires et d'un représentant de l'Organisme Assureur.

Cette Commission se réunira deux fois par an, à l'initiative de l'employeur.

Ce bilan sera présenté annuellement au Comité Central d'Entreprise.

PM

FR

BS

FR

Chapitre 2 – Budget des Œuvres Sociales confié aux Comités d'Établissements de la SCA

Article Unique : Réduction des écarts historiques entre les établissements de la SCA

Conscients des écarts historiques entre les établissements de la SCA, les parties entendent travailler à la réduction de ces écarts.

Ainsi, parallèlement à la mise en place de la couverture complémentaire santé unique, la Direction s'engage à porter à 0,9% de la masse salariale les budgets minima des œuvres sociales confiés aux comités d'établissements, à compter de l'année 2014.

Les budgets « œuvres sociales » des comités d'établissements déjà égaux ou supérieurs à 0,9% de la masse salariale resteront inchangés.

Dispositions finales :

En application des articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du code du travail, le présent accord sera déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier et une version sur support électronique, auprès de la Direccte, et un exemplaire original sera également remis au secrétariat du greffe du Conseil des Prud'hommes.

Fait à Nanterre, le 25/11/2013

Pour la Direction de la Société Commerciale Automobile

Monsieur François BONNOTTE



Pour les Organisations Syndicales

- CFDT, Monsieur Patrice MEUNIER

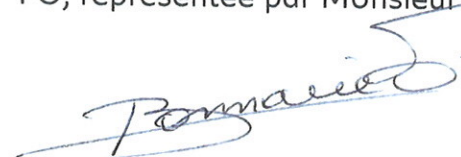


- CFE-CGC, Monsieur Franck TOUPET



- CGT, Monsieur Clotaire PICARD

- FO, représentée par Monsieur Eric BONNAIRE



ANNEXE - CONTRAT OBLIGATOIRE - SCA

Option STANDARD par défaut

SOINS COURANTS	
Consultations et visites généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	110 % BRSS
Actes d'analyse et de biologie ⁽¹⁾	110 % BRSS
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾ (petite chirurgie...)	110 % BRSS
Radiologie et actes d'imagerie ⁽¹⁾	110 % BRSS
Auxiliaires médicaux ⁽¹⁾ (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	110 % BRSS
Pharmacie (vignettes blanches, bleues, oranges)	100 % TM
Transport médical, petit appareillage	80 % BRSS
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE ⁽²⁾	
Hospitalisation médicale	200 % RSS
Hospitalisation chirurgicale	200 % RSS
Forfait journalier	Remboursement intégral
Chambre particulière (y compris maternité)	60 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 15 ans)	30 € / jour
OPTIQUE	
Verres enfants (4 verres par an et par bénéficiaire)	600 % BRSS / verre
Verres adultes (2 verres par an et par bénéficiaire)	1 200 % BRSS / verre
Montures	100 € / an / bénéficiaire
Lentilles remboursées ou non remboursées	150 € / an / bénéficiaire
Chirurgie correctrice de l'œil (kératomie radiaire, laser, anneaux intercornéens)	150 € / œil / an / bénéficiaire
DENTAIRE	
Soins dentaires	110 % BRSS
Prothèses (y compris inlays) remboursées par la Sécurité sociale	300 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	300 % BRSS
Implants, prothèses et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale	120 € / acte
Limite globale dentaire (prothèses, orthodontie, implants)	900 € / an / bénéficiaire
PROTHÈSES AUDITIVES, APPAREILLAGE ET ORTHOPÉDIE	
Prothèses auditives	200 % BRSS
Appareillage, orthopédie, et autres prothèses	80 % BRSS
ACTES DE PREVENTION ⁽³⁾ (Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006)	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12)	100 % BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans (ATM)	100 % BRSS
AUTRES PRESTATIONS	
Maternité - Prime de naissance ou d'adoption pour tout enfant du participant ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin	250 €
Cures thermales, acceptées par la Sécurité sociale (frais de transport et d'hébergement exclus)	150 €
LES PLUS	
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, pédicure-podologie	
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale (PHN)	
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	100 € / an / bénéficiaire
Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale	
GARANTIE ASSISTANCE	
Assistance à domicile, aide maternelle,...	Oui

(1) Praticiens conventionnés (secteur 1) et praticiens conventionnés à honoraires libres (secteur 2)

(2) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée au ticket modérateur

(3) Actes remboursés énumérés à l'art. 1er -5 de l'arrêté du 8 juin 2006

PM

B

B5

ST

SOINS COURANTS	
Consultations et visites généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	300 % BRSS
Actes d'analyse et de biologie ⁽¹⁾	300 % BRSS
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾ (petite chirurgie...)	300 % BRSS
Radiologie et actes d'imagerie ⁽¹⁾	300 % BRSS
Auxiliaires médicaux ⁽¹⁾ (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	300 % BRSS
Pharmacie (vignettes blanches, bleues, oranges)	100 % TM
Transport médical, petit appareillage	80 % BRSS
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE ⁽²⁾	
Hospitalisation médicale	400 % RSS
Hospitalisation chirurgicale	400 % RSS
Forfait journalier	Remboursement intégral
Chambre particulière (y compris maternité)	90 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 15 ans)	60 € / jour
OPTIQUE	
Verres enfants (4 verres par an et par bénéficiaire)	1 000 % BRSS / verre
Verres adultes (2 verres par an et par bénéficiaire)	3 000 % BRSS / verre
Montures	150 € / an / bénéficiaire
Lentilles remboursées ou non remboursées	200 € / an / bénéficiaire
Chirurgie correctrice de l'œil (kératomie radiaire, laser, anneaux intercornéens)	150 € / œil / an / bénéficiaire
DENTAIRE	
Soins dentaires	300 % BRSS
Prothèses (y compris inlays) remboursées par la Sécurité sociale	450 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	450 % BRSS
Implants, prothèses et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / acte
Limite globale dentaire (prothèses, orthodontie, implants)	2 000 € / an / bénéficiaire
PROTHÈSES AUDITIVES, APPAREILLAGE ET ORTHOPÉDIE	
Prothèses auditives	200 % BRSS
Appareillage, orthopédie, et autres prothèses	80 % BRSS
ACTES DE PREVENTION ⁽³⁾ (Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006)	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12)	100 % BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans (ATM)	100 % BRSS
AUTRES PRESTATIONS	
Maternité - Prime de naissance ou d'adoption pour tout enfant du participant ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin	250 €
Cures thermales, acceptées par la Sécurité sociale (frais de transport et d'hébergement exclus)	150 €
LES PLUS	
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, pédicure-podologie	
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale (PHN)	
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / an / bénéficiaire
Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale	
Assistance à domicile, aide maternelle,...	Oui

(1) Praticiens conventionnés (secteur 1) et praticiens conventionnés à honoraires libres (secteur 2)

(2) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée au ticket modérateur

(3) Actes remboursés énumérés à l'art. 1er -5 de l'arrêté du 8 juin 2006

P04

B3

B5

FR

SOINS COURANTS	
Consultations et visites généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	400 % BRSS
Actes d'analyse et de biologie ⁽¹⁾	400 % BRSS
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾ (petite chirurgie...)	400 % BRSS
Radiologie et actes d'imagerie ⁽¹⁾	400 % BRSS
Auxiliaires médicaux ⁽¹⁾ (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	400 % BRSS
Pharmacie (vignettes blanches, bleues, oranges)	100 % TM
Transport médical, petit appareillage	80 % BRSS
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE ⁽²⁾	
Hospitalisation médicale	500 % RSS
Hospitalisation chirurgicale	500 % RSS
Forfait journalier	Remboursement intégral
Chambre particulière (y compris maternité)	120 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 15 ans)	90 € / jour
OPTIQUE	
Verres enfants (4 verres par an et par bénéficiaire)	1 200 % BRSS / verre
Verres adultes (2 verres par an et par bénéficiaire)	3 600 % BRSS / verre
Montures	200 € / an / bénéficiaire
Lentilles remboursées ou non remboursées	300 € / an / bénéficiaire
Chirurgie correctrice de l'œil (kératomie radiaire, laser, anneaux intercoméens)	300 € / œil / an / bénéficiaire
DENTAIRE	
Soins dentaires	400 % BRSS
Prothèses (y compris inlays) remboursées par la Sécurité sociale	550 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BRSS
Implants, prothèses et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale	200 € / acte
Limite globale dentaire (prothèses, orthodontie, implants)	2 500 € / an / bénéficiaire
PROTHÈSES AUDITIVES, APPAREILLAGE ET ORTHOPÉDIE	
Prothèses auditives	200 % BRSS
Appareillage, orthopédie, et autres prothèses	80 % BRSS
ACTES DE PREVENTION ⁽³⁾ (Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006)	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12)	100 % BRSS
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans (ATM)	100 % BRSS
AUTRES PRESTATIONS	
Maternité - Prime de naissance ou d'adoption pour tout enfant du participant ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin	300 €
Cures thermales, acceptées par la Sécurité sociale (frais de transport et d'hébergement exclus)	200 €
LES PLUS	
Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, pédicure-podologie	
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale (PHN)	180 € / an / bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	
Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale	
GARANTIE ASSISTANCE	
Assistance à domicile, aide maternelle,...	Oui

(1) Praticiens conventionnés (secteur 1) et praticiens conventionnés à honoraires libres (secteur 2)

(2) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée au ticket modérateur

(3) Actes remboursés énumérés à l'art. 1er -5 de l'arrêté du 8 juin 2006

PM

B

BS

SF

Liste des actes de prévention

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) <i>Haemophilus influenzae</i> B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Dans le contrat, il sera précisé qu'à compter de la seconde année, un troisième acte de prévention parmi la liste ci-dessus sera ajouté aux deux actes initiaux du contrat et modifiable chaque année.

PM