

**ACCORD RELATIF  
AU REGIME DE REMBOURSEMENT DE  
FRAIS DE SANTE  
UES Apave**

**ENTRE,**

**L'UES APAVE, composée des structures juridiques suivantes :**

-  **Apave SA,**
-  **Apave Alsacienne SAS,**
-  **Apave Nord-Ouest SAS,**
-  **Apave Parisienne SAS,**
-  **Apave Sudeurope SAS,**
-  **Apave International SAS,**
-  **Apave Développement SAS,**
-  **Apave Exploitation France,**
-  **Apave Infrastructures et Construction France,**
-  **Apave NDT,**

Représentée par Philippe MAILLARD dûment mandaté ;

**ET**

Les organisations syndicales représentatives:

-  **La FGMM-CFDT, représentée par son délégué syndical central : Olivier KIEN,**
-  **La Fédération de la Métallurgie CFE-CGC, représentée par son délégué syndical central : Olivier LARGE,**
-  **Le Syndicat CGT des APAVE'S, représenté par son délégué syndical central : Frédéric JOUANOLOU,**

Dûment mandatés,

## Sommaire

Article 1 - Objet et champ d'application de l'accord collectif.....	4
Article 2 - Salarié(e)s bénéficiaires.....	4
Article 3 - Caractère obligatoire de l'adhésion.....	5
Article 4 - Salarié(e)s dont le contrat de travail est suspendu.....	7
Article 5 - Salarié(e)s dont le contrat de travail est rompu.....	7
Article 6 - Cotisations.....	8
Article 6.1. Régime général.....	8
Article 6.2. Régime Local.....	8
Article 6.3. Régime Mixte.....	9
Article 6.4. Financement actions Fonds Social.....	9
Article 7 - Evolution des cotisations.....	9
Article 8 - Garanties.....	9
Article 9 – Organisme assureur.....	9
Article 10 - Information individuelle.....	10
Article 11 - Information collective.....	10
Article 12 - Commission de suivi.....	10
Article 13 – Durée et entrée en vigueur.....	11
Article 14 – Révision.....	11
Article 15 – Adhésion et dénonciation.....	11
Article 16- Notification, Dépôt et publicité.....	11
ANNEXE : Tableau de garanties.....	13

## Article 1 - Objet et champ d'application de l'accord collectif

Le présent accord a pour objet d'organiser les conditions d'adhésion des salarié(e)s au contrat d'assurance collectif relatif au régime de frais de santé souscrit par la Direction APAVE, auprès d'un organisme habilité, en conformité avec l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale, permettant à l'ensemble des salarié(e)s visés ci-après de bénéficier de prestations de remboursement des frais de santé complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

Il est applicable à l'ensemble des entités juridiques composant l'UES Apave.

## Article 2 - Salarié(e)s bénéficiaires

Le régime de base obligatoire concerne l'ensemble des salarié(e)s de l'UES Apave ainsi que leur(s) enfant(s) à charge tels que définis ci-dessous et dénommés ci après le ou les enfant(s).

Les salariés de l'UES Apave ont la faculté de souscrire au régime pour la couverture de leur conjoint, tel que définis ci-dessous.

L'adhésion du conjoint à ce régime est optionnelle et relève de l'initiative exclusive des salariés et le surcoût de cotisation afférent est intégralement à la charge du salarié.

### Définitions ayants droit :

#### **Le ou les enfants à charge**

On entend par enfant(s) à charge dans le présent accord, le ou les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin :

- L'enfant âgé de moins de 21 ans,
- L'enfant âgé entre 21 ans et 28 ans sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :
  - n'exercer aucune activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier,...) ou accessoire.
  - Et justifier de la poursuite d'études par tout moyen probant, notamment un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité, au titre de l'année concernée. S'il ne se trouve pas sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail ou s'il ne peut justifier de la poursuite d'études, tel que ci-avant prévu, il devra être à la charge du foyer fiscal du participant ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu.
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et remplit les conditions d'attribution de l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés.

Cette définition est donnée à titre informatif et est susceptible d'évoluer. Les éventuelles modifications seront portées à la connaissance des salariés dans le cadre de la mise à jour de la notice d'information.

#### **Le conjoint**

Le terme « conjoint » désigne la personne mariée avec le salarié bénéficiaire de l'accord, la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité ou encore la personne vivant maritalement avec le salarié à condition d'en apporter la preuve. Cette preuve pourra être apportée par la production des documents ci-après datant de moins de 6 mois :

- un certificat de vie commune établi par la mairie du domicile commun
- ou
- une attestation sur l'honneur certifiant l'état de vie commune accompagnée de deux factures ou documents officiels mentionnant les noms des personnes concernées ainsi que la résidence commune.

### Article 3 - Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime de base est obligatoire.

Cette obligation d'adhésion résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salarié(e)s dans l'entreprise. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salarié(e)s concerné(e)s ne pourront s'opposer au prélèvement de leur quote-part de cotisations sur leur bulletin de salaire.

Ont la possibilité de refuser d'adhérer au présent régime, sous réserve de justifier de leur situation, les salarié(e)s qui bénéficient pour les mêmes risques<sup>1</sup>, de l'une des situations ci-après énumérées, au moment de l'embauche, ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures du salarié(e) (conformément à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale).

Toute demande de dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé devra être formulée par écrit par les salariés concernés auprès de la Direction des Ressources Humaines selon le modèle établi, accompagnée des pièces justificatives requises le cas échéant.

1. Les salarié(e)s qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaires de l'un des dispositifs suivants :

- 1.1. les salarié(e)s déjà bénéficiaires d'une couverture collective obligatoire d'entreprise par ailleurs, et qui en justifient chaque année auprès de la Direction des Ressources Humaines par la production d'une attestation d'affiliation. La dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié ou parent dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.
- 1.2. les salarié(e)s bénéficiaires du régime d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle.
- 1.3. les salarié(e)s bénéficiaires du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

---

<sup>1</sup> La définition légale des garanties inclut les « risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité », c'est-à-dire le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers liés à la maladie, aux accidents et à la maternité, plus précisément de tout ou partie de la différence entre les frais engagés et leur remboursement partiel par la sécurité sociale.

- 1.4. les salarié(e)s bénéficiaires du régime de protection sociale complémentaire des fonctions publiques d'Etat et territoriale en application des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011.
- 1.5. les salarié(e)s bénéficiaires d'un contrat d'assurance groupe issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 (dispositif « loi Madelin »).
2. Les salarié(e)s couverts par ailleurs à titre individuel pour les frais de santé au moment de leur embauche. Ces salarié(e)s, sont tenus de justifier de leur situation. A l'échéance de leur contrat, ils seront tenus de cotiser au régime ;
3. Les salarié(e)s bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (ex CMU-C, ex ACS, ...). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salarié(e)s cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
4. Les salarié(e)s titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de couverture obligatoire au présent régime serait inférieure à 3 mois, et sous réserve de justifier d'une couverture individuelle frais de santé responsable ;  
Ils pourront également solliciter le bénéfice du versement du chèque santé<sup>2</sup>, s'ils en remplissent les conditions prévues à l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale.

Les salariés concernés devront justifier être couverts par un contrat responsable et devront produire une attestation de l'organisme auprès duquel ils ont souscrit un contrat de complémentaire santé à titre individuel.

A défaut de demande de dispense justifiée, adressés à la Direction des Ressources Humaines dans les 15 jours suivant la date de leur embauche ou de la date de prise d'effet des couvertures par ailleurs, les salarié(e)s seront obligatoirement affiliés au régime.

En outre, ont également la possibilité de refuser d'adhérer au présent régime, à tout moment, les salarié(e)s qui bénéficient pour les mêmes risques, de l'une des situations ci-après énumérées :

5. Sous réserve de justifier de leur situation :

- 5.1. Les salarié(e)s en couple travaillant dans la même entreprise, ont le choix d'adhérer individuellement ou ensemble au régime.  
En cas d'adhésion individuelle : chaque salarié adhère pour son propre compte.  
En cas d'adhésion couple : seul un des deux membres du couple doit adhérer en propre au régime, l'autre pouvant l'être en qualité d'ayant droit.
- 5.2. Les salarié(e)s et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission, d'une durée supérieure à 3 mois, qui sont déjà couverts par ailleurs à titre individuel et qui justifient de leur situation chaque année auprès de la Direction des Ressources Humaines par la production d'une attestation d'affiliation.

---

<sup>2</sup>Le versement du chèque santé est une aide individuelle à la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés en contrats courts dont la durée est inférieure ou égale à 3 mois ou dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaines. Ce chèque santé est destiné à compenser le coût lié à la souscription par ces salariés d'une complémentaire santé individuelle. Le versement de l'employeur se substitue ainsi au financement de la couverture collective et obligatoire.

- 5.3. Les salarié(e)s travaillant à temps partiel et/ou les apprentis, dès lors que leur part de cotisation est supérieure ou égale à 10% de leur rémunération brute et qu'elle n'est pas prise en charge par l'employeur.

A défaut de demande de dispense justifiée, adressée à l'employeur dans les 15 jours suivant leur embauche, les salarié(e)s seront obligatoirement affiliés au régime. Ils pourront faire par la suite cette demande à tout moment.

## **Article 4 - Salarié(e)s dont le contrat de travail est suspendu**

L'adhésion des salarié(e)s et de leur(s) enfant(s) est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'Entreprise.

Les salarié(e)s en invalidité bénéficient d'un maintien du régime dans les mêmes conditions que les salarié(e)s actifs.

L'adhésion des salariés et de leur(s) enfant(s) est également maintenue pour la période où ils bénéficient 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.

Le salarié devra s'acquitter de sa part de cotisation calculée selon les règles prévues par le présent régime.

### **Pour les salarié(e)s dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée par l'employeur :**

Les salarié(e)s, dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée par l'employeur d'une durée d'un mois calendaire minimum (sabbatique, sans solde, parental, formation...), ont la possibilité de solliciter le bénéfice du présent régime en contrepartie du paiement intégral des cotisations (parts patronale et salariale).

## **Article 5 - Salarié(e)s dont le contrat de travail est rompu**

### **o Maintien des garanties au titre de la portabilité :**

Les salarié(e)s quittant l'entreprise et adhérant au présent régime, et le cas échéant leur(s) enfant(s) bénéficiaires du régime, pourront bénéficier d'un maintien de leurs garanties, dans le cadre du dispositif de portabilité, conformément aux dispositions légales (article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale) et conventionnelles en vigueur à la date de la rupture de leur contrat.

### **o Maintien individuel des garanties frais de santé au titre de l'article 4 de la loi Evin :**

Pour information, en vertu de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin), les anciens salarié(e)s remplissant les conditions prévues à cet article pourront bénéficier d'un maintien

de couverture. Ce maintien légal ne constitue pas un engagement de la société et relève donc de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

## Article 6 - Cotisations

### Article 6.1. Régime général

#### **Taux, assiette et répartition des cotisations :**

La cotisation totale mensuelle versée à l'organisme assureur servant au financement du contrat d'assurance sera de 2,32 % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale, étant précisé que ce plafond est révisé annuellement), soit à titre indicatif 79,53 € pour l'année 2021.

Ces cotisations seront prises en charge par la société et par les salarié(e)s dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 70 %, soit, à titre indicatif, 55,67 € à la charge de l'employeur pour l'année 2021,
- Part salariale : 30 %, soit, à titre indicatif, 23,86 € à la charge du salarié pour l'année 2021.

Le régime de remboursement de frais de santé a pour objet de couvrir, dans le cadre d'une cotisation unique obligatoire, les salariés ainsi que leurs enfants tels que définis par la notice d'information (définition reprise pour information à l'article 2 du présent accord).

Les salariés pourront opter pour des garanties optionnelles pour couvrir leur conjoint et/ou améliorer certains niveaux de garanties. Les cotisations de ces garanties optionnelles sont à la charge exclusive du salarié.

Les salariés devront directement informer de leur choix le prestataire qui appellera de son côté la cotisation supplémentaire.

### Article 6.2. Régime Local

Les bénéficiaires du régime local sont les salarié(e)s dont le lieu de travail se situe en Alsace- Moselle.

La cotisation totale mensuelle versée à l'organisme assureur servant au financement du contrat d'assurance sera de 1,47 % du PMSS, soit 50,39 € pour l'année 2021.

Ces cotisations seront prises en charge par la société et par les salarié(e)s dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 70 %, soit, à titre indicatif, 35,27 € à la charge de l'employeur pour l'année 2021.
- Part salariale : 30 %, soit, à titre indicatif, 15,12 € à la charge du salarié pour l'année 2021.

Le régime de remboursement de frais de santé a pour objet de couvrir, dans le cadre d'une cotisation unique obligatoire, les salariés ainsi que leurs enfants tels que définis par la notice d'information (définition reprise pour information à l'article 2 du présent accord).

Les salariés pourront opter pour des garanties optionnelles pour couvrir leur conjoint et/ou améliorer certains niveaux de garanties. Les cotisations de ces garanties optionnelles sont à la charge exclusive du salarié.

Les salariés devront informer de leur choix d'opter pour des garanties optionnelles directement auprès du prestataire qui appellera de son côté la cotisation supplémentaire.

### **Article 6.3. Régime Mixte**

Le régime mixte est une cotisation supplémentaire s'appliquant aux salarié(e)s relevant du régime local et ayant un ou plusieurs ayant droit relevant du régime général.

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance seront de 0,38 % du PMSS, soit, à titre indicatif, 13,03 € pour l'année 2021.

Ces cotisations seront prises en charge à 100% par les salarié(e)s.

### **Article 6.4. Financement actions Fonds Social**

Il est rappelé que 2% des cotisations énumérées ci-dessus viendront alimenter annuellement le Fonds Social dédié à l'UES Apave.

## **Article 7 - Evolution des cotisations**

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salarié(e)s sans modification du présent accord.

## **Article 8 - Garanties**

Il est précisé que les garanties ne constituent, en aucun cas, un engagement de l'employeur et relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur. Seul l'assureur est responsable du versement des prestations prévues au contrat, l'employeur étant tenu au financement de sa participation.

Les garanties sont annexées au présent accord à titre informatif.

## **Article 9 - Organisme assureur**

Les garanties de remboursement des frais de santé sont assurées, à la date d'effet de l'accord par l'ANIPS (Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés) dont le siège social est situé, Immeuble West Park 2, 2 Boulevard de Pesaro - 92024 NANTERRE.

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus : ainsi que celui de l'intermédiaire. A cet effet, elles se réuniront six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, du contrat de garanties collectives.

## **Article 10 - Information individuelle**

Le présent accord sera porté à la connaissance de chaque salarié(e) et des nouveaux embauché(e)s.

Une notice d'information, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application ainsi que le bulletin d'adhésion, est remise à chaque salarié, ainsi qu'à tout nouveau salarié(e).

Toute modification sera communiquée dans les mêmes conditions.

## **Article 11 - Information collective**

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le présent accord a fait l'objet d'une information et consultation du Comité social et économique central de l'UES préalablement à sa signature.

Le CSEC de l'UES Apave sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties du présent régime.

Les CSE d'Etablissement seront informés suite aux informations / consultations du CSEC.

## **Article 12 - Commission de suivi**

Une Commission de Suivi sera chargée de veiller à la bonne application et mise en œuvre du présent accord. Elle pourra notamment proposer toute mesure d'ajustement au regard d'éventuelles difficultés rencontrées.

Elle sera composée de :

- 2 représentant(e)s de la Direction,
- 2 membres désignés par chaque organisation syndicale signataire du présent accord et représentative au sein de l'UES Apave dont au moins un membre du CSEC de l'UES Apave,
- Et en tant qu'invités, 3 représentant(e)s de l'organisme assureur.

La Commission de Suivi se réunira une fois par an sur invitation de la Direction et au plus tard le 30.06 de l'année n afin d'étudier les résultats techniques de l'année n-1.

Pour l'année 2022, une réunion se tiendra avant le 30.06 afin de faire le bilan de la mise en place des nouveaux régimes.

## **Article 13 - Durée et entrée en vigueur**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1er janvier 2022.

## **Article 14 - Révision**

Le présent accord pourra faire l'objet de révision conformément aux dispositions du Code du travail.

Toute demande de révision sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à chacune des autres parties signataires.

Le plus rapidement possible et, au plus tard, dans un délai de 3 mois à partir de l'envoi de cette lettre, une négociation devra intervenir en vue de la conclusion éventuelle d'un avenant de révision. Les dispositions, objet de la demande de révision, resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un tel avenant.

En outre, en cas d'évolution législative ou conventionnelle susceptible de remettre en cause tout ou partie des dispositions du présent accord, une réunion interviendra, dans un délai de 3 mois après la publication de ces textes, afin d'adapter lesdites dispositions.

## **Article 15 - Adhésion et dénonciation**

Conformément à l'article L.2261-3 du Code du Travail, une Organisation Syndicale représentative au sein de l'Entreprise non signataire pourra adhérer au présent accord.

Cette adhésion devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception aux signataires du présent accord et fera l'objet d'un dépôt par la Direction selon les mêmes formalités de dépôt que le présent accord.

Le présent accord, conclu sans limitation de durée, pourra être dénoncé à tout moment sous réserve de respecter un délai de préavis de 3 mois.

Toutefois, la mise en œuvre de la procédure de dénonciation devra obligatoirement être précédée par l'envoi d'une lettre recommandée explicitant les motifs de cette dénonciation.

Dans ce cas, une réunion interviendra pendant la durée du préavis pour discuter autour de la possibilité d'un nouvel accord.

La dénonciation sera régie par les articles L. 2222-6 et L. 2261-9 à L. 2261-13 du Code du travail.

## **Article 16- Notification, Dépôt et publicité**

La Direction notifiera le présent accord à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Tout accord / avenant d'entreprise est rendu public et versé dans une base de données nationale, dont le contenu est publié en ligne.

Après la conclusion du présent accord, les parties peuvent acter qu'une partie de l'accord ne doit pas faire l'objet de la publication prévue à l'article L.2231-5-1 du Code du Travail. Cet acte, ainsi que la version intégrale de l'accord et la version de l'accord destinée à la publication, sont joints au dépôt prévu à l'article L. 2231-6 du Code du Travail.

A défaut d'un tel acte, l'accord est publié dans une version rendue anonyme.

Le présent accord sera déposé par la Direction de l'Entreprise :

- en un exemplaire au format électronique (version intégrale du texte signée des parties en PDF) via la plateforme de téléprocédure «TéléAccords» à l'adresse [www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr](http://www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr) pour transmission automatique du dossier à la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS ) compétente,
- et au Greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de signature du présent accord.

Mention de cet accord figurera sur le tableau d'affichage de la Direction et sur le site intranet Apave.

Fait à Paris, le 05 novembre 2021

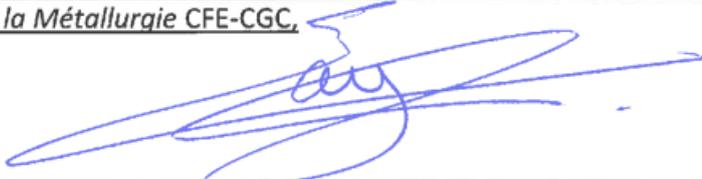
Pour l'UES APAVE  
Philippe MAILLARD



Pour la FGMM CFDT,  
Olivier KIEN



Pour la Fédération de la Métallurgie CFE-CGC,  
Olivier LARGE



Pour le Syndicat CGT des APAVE'S,  
Frédéric JOUANOLOU

# ANNEXE : Tableau de garanties

Date d'effet : 01/01/2022

[Document strictement commercial élaboré en vue d'avoir une visibilité globale sur l'ensemble des prestations dont bénéficieront les assurés à la suite de la souscription du contrat socle responsable et du contrat sur complémentaire non responsable.]

Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf pour les forfaits exprimés en numéraire ou en pourcentage du PMSS ou indication expresse "Non pris en charge par l'AM". Les garanties Base et Option 1 sont qualifiées de responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiology. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.

La garantie Option 2 n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime Base conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.

Les garanties Option 1 et Option 2 s'expriment en complément de la garantie de base choisie.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Type de garantie	Nouvelle garantie Responsable	Nouvelle garantie Responsable	Nouvelle garantie Non responsable
Garanties responsables ?	Base	Option 1	Option 2
<b>Hospitalisation</b>			
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)</b>			
Frais de séjour	400 % BR		
Chambre particulière	95 € par jour	25 € par jour	
Chambre particulière ambulatoire	45 € par jour		
<b>Honoraires</b>			
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 600 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR		Médecin non DPTM : 400 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR		
<b>Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé</b>			
Frais de séjour	400 % BR		
Chambre particulière	95 € par jour	25 € par jour	
Chambre particulière ambulatoire	45 € par jour		
<b>Forfait journalier hospitalier</b>			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		
<b>Autres frais hospitaliers</b>			
Lit d'accompagnant (moins de 16 ans ou plus de 70 ans)	50 € par jour	35 € par jour	
Frais de transport	100 % BR		
<b>Maternité</b>			
Frais de séjour	400 % BR		
Chambre particulière	95 € par jour	25 € par jour	
Chambre particulière ambulatoire	45 € par jour		
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 600 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR		Médecin non DPTM : 400 % BR
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Médecin généraliste	Médecin DPTM : 125 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR		Médecin non DPTM : 50 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : 220 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR		Médecin non DPTM : 100 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : 220 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR		Médecin non DPTM : 100 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : 150 % BR Médecin non DPTM : 130 % BR		Médecin non DPTM : 20 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux	100 % BR		
<b>Médicaments</b>			
Pharmacie pris en charge par l'AM	100 % BR		
Médicaments non pris en charge par l'AM	70 € par année civile et par bénéficiaire	30 € par année civile et par bénéficiaire	
Vaccins non pris en charge par l'AM	6 % PMSS par année civile et par bénéficiaire		
<b>Autres soins courants</b>			
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR		
Matériel médical (Orthopédie, Prothèses médicales, appareillage, accessoires)	400 % BR		
<b>Dentaire</b>			
<b>Soins</b>			
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques (endodontie, prophylaxie bucco dentaire, parodontologie)	150 % BR		
Radiologie dentaire	150 % BR		
Scellement des sillons et patch	31 € par année civile et par bénéficiaire		
Parodontologie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	200 € par année civile et par bénéficiaire		
<b>Prothèses</b>			
<b>Prothèses 100% santé*</b>			
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR		
<b>Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres</b>			
Prothèses fixes : couronnes et bridges	400 % BR	75 % BR	
Prothèses amovibles	400 % BR	75 % BR	
Couronnes provisoires	400 % BR	75 % BR	
Inlays core	400 % BR	75 % BR	
Inlays / onlays	200 % BR		
Prothèses non prises en charge par l'AM Voir liste en annexe	480 € par dent (max 3 dents par année civile)	90 € par dent (sur les dents de la base)	
<b>Implantologie</b>			
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	400 % BR	75 % BR	
<b>Plafond sur l'implantologie</b>			
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM			
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	1150 € par implant avec un maximum de 2 implants par année civile par bénéficiaire	350 € par implant (sur les implants de la base)	
Inlay core non pris en charge par l'AM			
Bridge sur implant non pris en charge par l'AM			
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie (par semestre de soin)	300 % BR	50 % BR	
Orthodontie non prise en charge par l'AM	200 % BR reconstituée	100 % BR reconstituée	

Date d'effet :		01/01/2022	
[Document strictement commercial élaboré en vue d'avoir une visibilité globale sur l'ensemble des prestations dont bénéficieront les assurés à la suite de la souscription du contrat socle responsable et du contrat sur complémentaire non responsable.]			
Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf pour les forfaits exprimés en numéraire ou en pourcentage du PMSS ou indication expresse "Non pris en charge par l'AM". Les garanties Base et Option 1 sont qualifiées de responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.			
La garantie Option 2 n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime Base conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.			
Les garanties Option 1 et Option 2 s'expriment en complément de la garantie de base choisie.			
Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.			
Type de garantie	Nouvelle garantie	Nouvelle garantie	Nouvelle garantie
Garanties responsables ?	Responsable	Responsable	Non responsable
	Base	Option 1	Option 2
<b>Optique</b>			
Paire de lunettes			

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment\*\* pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux.  
 Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.

<b>Equipements 100% Santé*</b>			
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR		
<b>Equipements à tarifs libres</b>			
<b>Réseau :</b>			
Monture	100 € - MR		50 €
Par verre simple Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6	100 % FR limité au plafond du contrat responsable		
Par verre complexe Classe C : verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	100 % FR limité au plafond du contrat responsable		
Par verre très complexe Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	100 % FR limité au plafond du contrat responsable		
<b>Hors réseau :</b>			
Monture	100 € - MR		50 €
Par verre simple Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6	90 €		
Par verre complexe Classe C : verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	190 €	50 €	
Par verre très complexe Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	190 €	50 €	
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.			
<b>Lentilles cornéennes</b>			
Prises en charge par l'AM (y compris produits d'entretien)	10 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables (y compris produits d'entretien)	10 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	
<b>Chirurgie réfractive</b>	800 € par œil	200 € par œil	
<b>Aides auditives</b>			

Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

<b>Equipements 100% Santé*</b>			
Aides auditives	100 % PLV - MR		
<b>Equipements à tarifs libres</b>			
Aides auditives jusqu'à 20 ans	900 € par oreille limité à 1700 € - MR par oreille	300 € par oreille (limité à 1700 € - MR par oreille)	
Aides auditives plus de 20 ans	900 € par oreille limité à 1700 € - MR par oreille	300 € par oreille (limité à 1700 € - MR par oreille)	
<b>Cures</b>			
Cures thermales, frais engagés (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	10 % PMSS		
<b>Prévention non prise en charge par l'AM</b>			
Ostéopathe, Chiropracteur, Diététicien, Nutritionniste, Pédiçure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Homéopathe	200 € par année civile et par bénéficiaire	100 € par année civile et par bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	60 € par année civile et par bénéficiaire		
Diététicien pour enfant de - 12 ans	1,25 % PMSS par séance (limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire)		
Psychomotricité pour enfant de - 18 ans	30 € par séance (limité à 4 séances par année civile et par bénéficiaire)		
Sevrage tabagique	70 € par année civile et par bénéficiaire		
Contraceptions non remboursés	70 € par année civile et par bénéficiaire		
Connecteurs bluetooth stylo insuline	100 € par année civile et par bénéficiaire		

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parodontologie non prise en charge par l'AM" : Ostéoplastie sousactive de fardecs alvéolaires, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), Gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Extrémité d'hyperplasie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), Sulfage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extraoraire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueuses d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Rescèlement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire pluraire transitoire (bridge) (HBLD034), Pose de maintien d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivocanin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradicaire sur une dent (HBLD009), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords étou de finitades d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradicaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantaire (HBGD009)

#### Lexique

AM : Assurance Maladie

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale. Une garantie exprimée en "- MR" signifie qu'elle est y compris Sécurité sociale

PLV : prix limite de vente défini par la réglementation en vigueur

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins.

Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires.

Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour chirurgie et obstétrique).

\* tels que définis réglementairement

\*\* Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).