

Brochure n° 3246

Convention collective nationale

IDCC : 1518. – ANIMATION

AVENANT N° 154 DU 19 MAI 2015
RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1550604M

IDCC : 1518

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988 se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national de complémentaire santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, avec les organismes assureurs recommandés, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour l'ensemble des salariés relevant de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988.

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988 ont également eu à l'esprit la nécessité, pour les salariés comme pour les entreprises :

- de bénéficier d'un régime mutualisé ;
- de permettre la pérennité d'un régime de complémentaire santé ;
- de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi ;
- et de respecter le décret du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité.

En conséquence de quoi il a été conclu le présent avenant, qui complète les dispositions permanentes de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988 par la création d'un titre XI intitulé « Régime de complémentaire santé », reprenant les articles du présent avenant.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs, étant entendu que dans ce cas chaque garantie, prise individuellement, prévue par le régime d'entreprise doit être au moins égale à celle du régime de branche ayant le même objet.

Article 1^{er}

Il est créé le titre XI suivant :

« Titre XI

Complémentaire santé

Article 11.1

Objet

Le présent avenant a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant trois organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des trois assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et par le protocole de gestion administrative, documents communs aux organismes assureurs recommandés, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat-cadre d'assurance collective.

Article 11.2

Champ d'application

Le présent avenant s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988.

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des salariés relevant de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988 visés à l'article 11.3.1.

Article 11.3

Mise en place d'un régime de complémentaire santé

11.3.1. Adhésion du salarié

1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage.

2. Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé :

L'adhésion des salariés 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 (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension, comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur recommandé.

Les salariés concernés pourront néanmoins bénéficier d'une prise en charge éventuelle de la cotisation susvisée dans le cadre des mesures d'action sociale mises en place au titre du 2. de l'article 11.3.4 du présent titre.

3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

a) Les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

b) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2 à l'article 3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Pour les CDD et les apprentis, cette demande de dispense devra être formulée dans les 30 jours suivant la date d'embauche.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit dans les 30 jours suivant la date d'embauche, soit dans les 30 jours suivant le changement de situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment).

A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

c) Les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

e) Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés :

- elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion ;
- en cas de formalisation de leur régime par décision unilatérale, la mise en œuvre du caractère obligatoire de l'adhésion et des dispenses s'entend sans préjudice de l'application, aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce dernier article fait obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

11.3.2. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2. Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "loi Evin", la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur recommandé, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture

de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la "loi Evin" incombe à l'organisme assureur recommandé, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de ladite "loi Evin" sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

11.3.3. Financement

1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation "salarié isolé".

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant[s] et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les organismes assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de complémentaire santé.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

2. Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3. Taux et répartition des cotisations

La cotisation "salarié isolé" est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations "enfants" et "conjoint" facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale
ou de la mutualité sociale agricole

(En pourcentage du PMSS.)

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,47	0,47	0,94
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,70	–	0,70
Conjoint (facultatif)	1,08	–	1,08

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle (régime local)

(En pourcentage du PMSS.)

	COTISATION salariale	COTISATION patronale	COTISATION globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,21	0,21	0,42
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,34	–	0,34
Conjoint (facultatif)	0,48	–	0,48

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

4. Régime optionnel

Il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche deux régimes optionnels.

Dans le cas où le salarié y souscrit volontairement, le salarié assurera individuellement le régime opté à 100 %, sans remise en cause de la participation à 50 % de l'employeur sur le régime de base.

Les options figurent en annexes.

(En pourcentage du PMSS.)

OPTION	STRUCTURE obligatoire	FACULTATIF salarié
1	0,53	0,64
2	0,72	0,86

11.3.4. Prestations

1. Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la commission nationale paritaire de négociation et les organismes assureurs recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

2. Droits non contributifs. – Application du décret du 11 décembre 2014

La commission nationale paritaire de négociation reprendra l'ensemble des dispositions générales relatives à la mise en place du degré élevé de solidarité, prévues dans le décret du 11 décembre 2014 :

- une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur ;
- une prise en charge des actions de prévention ;
- une prise en charge d'actions sociales à titre individuel ou à titre collectif.

Le fonds, constitué par un financement à 2 % des cotisations, est destiné à mettre en place ces dispositions.

Les modalités des actions de prévention, les règles de fonctionnement ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale seront déterminées par la commission paritaire de négociation dans un règlement spécifique.

3. Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'action sociale définies par une liste établie par la commission nationale paritaire de négociation.

11.3.5. Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la commission nationale de suivi par délégation de la commission nationale paritaire de négociation, dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission nationale paritaire de négociation au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs recommandés, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission nationale paritaire de négociation.

11.3.6. Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties "complémentaire santé" prévues par la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988, les organismes assureurs suivants :

- UMANENS - La mutuelle familiale, union de groupe mutualiste régie par le code de la mutualité et soumise au livre I, Sirene n° 800 533 499 ; siège social : 111, rue Cardinet, 75017 Paris ;
- Le groupement de coassurance mutualiste, composé de :
 - Mutuelle Chorum, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 784 621 419 ; siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris, substituée intégralement par Mutex Union, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n° 442 574 166 ; siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex ;
 - Adrea Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 311 799 878 ; siège social : 104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
 - APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 627 391 ; siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille ;
 - EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 317 442 176 ; siège social : 44, rue de Copernic, 75016 Paris ;
 - Harmonie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 538 518 473 ; siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;

- Ociane, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 434 243 085 ; siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex ;
- Mutex, entreprise régie par le code des assurances, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040 ; siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Ces mutuelles sont coassureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance mutualiste. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution à Mutex.

- Humanis Prévoyance, institution de prévoyance créée dans le cadre des dispositions de l'article L. 931-1 du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale et autres dispositions subséquentes, 4, rue Marie-Georges-Picquart, 75017 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes assureurs recommandés avant le 31 décembre de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire des organismes assureurs recommandés. »

Article 2

Effet. – Durée

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016 sous réserve de son agrément ministériel, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent avenant.

Ce présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et d'une demande d'extension.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNEA.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC ;

UNSA.

ANNEXE

GARANTIES COLLECTIVES « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE »

	REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale		
	Base 1 (*)	Option n° 1	Option n° 2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie – Hospitalisation	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Conventionnée frais de séjour	100 % BR	220 % BR	220 % BR
Conventionnée honoraires CAS	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Conventionnée honoraires non CAS	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait hospitalier	Non couvert	FR, actuellement 18 €	FR, actuellement 18 €
Forfait actes lourds	Non couverte	2 % du PMSS	3 % du PMSS
Chambre particulière par jour	Non couverte	1,5 % du PMSS	2 % du PMSS
Conventionnée	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Personne accompagnante	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Conventionnée	140 % BR	220 % BR	220 % BR
Consultations – Visites généralistes CAS	120 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultations – Visites généralistes non CAS			
Consultations – Visites spécialistes CAS			
Consultations – Visites spécialistes non CAS			

REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale			
	Base 1 (*)	Option n° 1	Option n° 2
Pharmacie	100 % BR (médicaments remboursés à 65 % et à 30 % y compris homéopathie)	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	Non couverts	1,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	2 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	100 % BR	145 % BR	170 % BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Radiologie CAS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radiologie non CAS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	10 % du PMSS par oreille, minimum TM (maxi. 2 par an et par bénéficiaire)	20 % du PMSS par oreille (maxi. 2 par an et par bénéficiaire)
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du décret n° 2014-1025			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays-inlays	100 % BR	150 % BR	175 % BR
Orthodontie			
Acceptée par la sécurité sociale	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Refusée par la sécurité sociale	Non couverte	Non couverte	Non couverte

REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale			
	Base 1 (*)	Option n° 1	Option n° 2
Prothèses dentaires			
Remboursées : dents du sourire	200 % BR	350 % BR	450 % BR
Remboursées : dents de fond de bouche	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlays-cores	125 % BR	150 % BR	175 % BR
Non remboursées par la sécurité sociale	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Parodontologie	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Implantologie	Non couverte	12 % du PMSS par an et par bénéficiaire	12 % du PMSS par an et par bénéficiaire
GARANTIE BASE CONVENTIONNELLE			
Frais d'optique. – Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes), une paire tous les 2 ans			
Verres et montures	Un forfait 2 verres + monture de 100, 150 ou 200 € selon la correction	Grille optique n° 2	Grille optique n° 3
Lentilles			
Prescrites : acceptées, refusées, jetables	Non couvertes	3 % du PMSS par an et par bénéficiaire	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	Non couverte	22 % du PMSS par œil	35 % du PMSS par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptées par la sécurité sociale	Non couvertes	5 % du PMSS	7 % du PMSS
Médecines douces (ostéopathie, étiopathie, acupuncture...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	Non couvertes	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire

REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉELS sous déduction de la sécurité sociale			
	Base 1 (*)	Option n° 1	Option n° 2
Ostéodensitométrie Par bénéficiaire	Non couverte	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de prévention Tous les actes des contrats responsables Patch antitabac	Oui au ticket modérateur Non couvert	Oui au ticket modérateur 2 % du PMSS par an et par bénéficiaire	Oui au ticket modérateur 4 % du PMSS par an et par bénéficiaire
(*) Tel que défini dans le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.			

GRILLE N° 2	ENFANTS < 18 ANS			ADULTES			RBTOT:			
	Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. (*)	2V + 1 M		Rbt ass. (*)	2V + 1 M	
Verres à simple foyer, sphériques										
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04	7,22	70,00	257,74	2203240, 2287916	2,29	1,37	110,00	349,45
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243540, 2291088	26,68	16,01	90,00	315,31	2265330, 2280660	4,12	2,47	130,00	391,65
Sphère < - 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97	26,98	110,00	377,26	2235776, 2295896	7,62	4,57	150,00	435,85
Verres à simple foyer, sphéro-cylindriques										
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94	8,96	80,00	281,22	2226412, 2259966	3,66	2,20	120,00	371,10
Cylindre < + 4 sphère de < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28	21,77	100,00	346,83	2254868, 2284527	6,86	4,12	140,00	414,94
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90	16,74	120,00	376,77	2212976, 2252668	6,25	3,75	160,00	454,20
Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50	27,90	140,00	439,09	2288519, 2299523	9,45	5,67	180,00	498,04
Verres multifocaux ou progressifs sphériques										
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18	23,51	130,00	410,31	2290396, 2291183	7,32	4,39	200,00	535,49
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30	25,98	150,00	455,25	2245384, 2295198	10,82	6,49	220,00	579,69
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques										
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60	26,16	160,00	475,61	2227038, 2299180	10,37	6,22	230,00	599,15

GRILLE N° 2	ENFANTS < 18 ANS				ADULTES				RBT TOT.		
	Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. (*)	2 V + 1 M	RBT TOT.	Code LPP		LPP > 18 ans	Rbt sécurité sociale
Sphère < -8 ou > + 8	2234239, 2259660	66,62	39,97	180,00	543,24	2202239, 2252042	24,54	14,72	250,00	656,15	2 V + 1 M
Monture	2210546	30,49	18,29	85,00		2223342	2,84	1,70	125,00		

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre : les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.

GRILLE N° 3	ENFANTS < 18 ANS			ADULTES			RBT TOT.		
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. (*)	Code LPP	LPP > 18 ans		Rbt sécurité sociale	Rbt ass. (*)
Type de verre									
Verres à simple foyer, sphériques									
Sphère de - 6 à + 6	2242457, 2261874	12,04	7,22	80,00	2203240, 2287916	2,29	1,37	120,00	394,45
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2243540, 2291088	26,68	16,01	100,00	2265330, 2280660	4,12	2,47	140,00	436,65
Sphère < - 10 ou > + 10	2248320, 2273854	44,97	26,98	120,00	2235776, 2295896	7,62	4,57	160,00	480,85
Verres à simple foyer, sphéro-cylindriques									
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6	2200393, 2270413	14,94	8,96	90,00	2226412, 2259966	3,66	2,20	130,00	416,10
Cylindre < + 4 sphère de < - 6 ou > + 6	2219381, 2283953	36,28	21,77	110,00	2254868, 2284527	6,86	4,12	150,00	459,94
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6	2238941, 2268385	27,90	16,74	130,00	2212976, 2252668	6,25	3,75	170,00	499,20
Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	2206800, 2245036	46,50	27,90	150,00	2288519, 2299523	9,45	5,67	190,00	543,04
Verres multifocaux ou progressifs sphériques									
Sphère de - 4 à + 4	2264045, 2259245	39,18	23,51	140,00	2290396, 2291183	7,32	4,39	210,00	580,49
Sphère < - 4 ou > + 4	2202452, 2238792	43,30	25,98	160,00	2245384, 2295198	10,82	6,49	230,00	624,69
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques									
Sphère de - 8 à + 8	2240671, 2282221	43,60	26,16	170,00	2227038, 2299180	10,37	6,22	240,00	644,15

GRILLE N° 3	ENFANTS < 18 ANS				ADULTES				RBT TOT.	
	Type de verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt sécurité sociale	Rbt ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans		Rbt sécurité sociale
Sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62	39,97	190,00	578,24	2202239, 2252042	24,54	14,72	260,00	701,15
Monture	2210546	30,49	18,29	100,00		2223342	2,84	1,70	150,00	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre ; les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.