

# ACCORD COLLECTIF

## Régime de remboursements de frais de santé

### CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES PERSONNELS FAMILLES RURALES

#### ENTRE

Les associations FAMILLES RURALES, les fédérations régionales, départementales, la fédération nationale, représentées par le collège employeur siégeant au sein de la Commission paritaire nationale

D'une part,

#### ET

Les organisations syndicales (CGT, CFDT, CFTC, FO) siégeant à la Commission paritaire nationale et représentant l'ensemble du personnel salarié travaillant dans le cadre des associations et fédérations FAMILLES RURALES

D'autre part.

#### PREAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin de négocier la mise en place d'un régime de remboursements de frais de santé au niveau de la branche.

Il est en effet apparu important aux partenaires sociaux de la branche de mettre en place un régime de remboursements de frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national.

A cette fin, les partenaires sociaux ont lancé une procédure transparente de mise en concurrence, afin de pouvoir recommander un ou plusieurs organismes assureurs.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord qui complète les dispositions de la Convention Collective Nationale des Personnels des Familles Rurales par la création d'un « Régime de frais de santé ».

#### Article 1 : CHAMP D'APPLICATION

Le champ d'application du présent accord est le même que celui de la Convention Collective Nationale des Personnels Familles Rurales.

Toute modification du champ d'application de cette Convention Collective modifiera par conséquent celui du présent accord.

BG

SS

MR  
FUR  
OT  
YAB

## Article 2 : OBJET

Le présent accord a pour objet la mise en place, au bénéfice des salariés visés à l'article 3, d'un régime de frais de 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, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

A cet effet, les employeurs devront souscrire un contrat d'assurance en vue de les couvrir collectivement dans les conditions définies ci-après.

## Article 3 : BENEFICIAIRES

### 3.1. Salariés

L'adhésion au régime de remboursement de frais de santé est obligatoire pour l'ensemble des salariés Familles Rurales qui relèvent de la Convention Collective Nationale des Personnels Familles Rurales et qui sont affiliés au régime général ou au régime local Alsace-Moselle de Sécurité sociale.

Cependant, les salariés suivants ont la possibilité de refuser d'adhérer au régime quelle que soit leur date d'embauche :

- Les titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, lors de la mise en place des garanties ou à l'embauche lorsqu'elle est postérieure, y compris en tant que conjoint(e), concubin(e) ou partenaire lié(e) par un PACS, d'une couverture frais de santé collective et obligatoire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Le salarié devra justifier de sa situation chaque année ;
- Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place des garanties ou lors de l'embauche si elle est postérieure. La faculté de refuser l'adhésion au régime est alors limitée à la date d'échéance du contrat individuel ou à celle de sa tacite reconduction.

Les salariés précités seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire.

En outre, les salariés, susceptibles de bénéficier de l'une des dérogations précitées, qui choisissent de ne pas adhérer au régime collectif de remboursement de frais de santé, devront notifier leur refus par écrit et, le cas échéant, y joindre les justificatifs demandés:

- dans les 45 jours suivants le changement de situation ouvrant droit à l'un des cas de dispense précités ;
- dans les 45 premiers jours suivants leur embauche pour les nouveaux salariés.

Toute demande de dérogation incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entrainera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif de remboursement de frais de santé.

BG SS JM RL OT  
Ar YHAM

### 3.2. Ayants-droit

L'adhésion du salarié entraîne la couverture à titre obligatoire de ses ayants-droit ci-dessous définis :

- Le conjoint, le concubin ou la personne liée par un PACS, à charge au sens de la Sécurité Sociale ;
- Les enfants considérés à charge au sens de la sécurité sociale ;
- Les enfants jusqu'au jour de leur 28<sup>ième</sup> anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :
  - Etudiants percevant une rémunération au plus trois mois dans l'année ou à défaut n'excédant pas 60% du SMIC,
  - En situation de handicap et percevant une allocation prévue par la loi du 30 juin 1975,
  - A la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tel à Pôle Emploi.

Par ailleurs, le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, peut adhérer à titre facultatif au présent régime, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

## **Article 4 : PRESTATIONS**

### 4.1. Prestations de frais de santé

Le contrat souscrit doit a minima couvrir l'ensemble des garanties (entendu lignes par lignes) figurant dans les tableaux annexés, à un niveau au moins équivalent.

Les garanties souscrites doivent être conformes :

- Aux exigences des contrats dits « responsables » (article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale) ;
- Au panier de soins minimum visé à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale et déterminé à l'article D. 911-1 du même code.

### 4.2. Prestations présentant un degré élevé de solidarité

Concernant les prestations présentant un degré élevé de solidarité prévues par l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale et par le décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, le présent accord prévoit, les mesures suivantes :

- Le financement d'actions de prévention de santé publique ou de risques professionnels, dont les orientations sont définies par la commission paritaire de branche ;
- La prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel et/ou à titre collectif parmi lesquelles doivent obligatoirement figurer :
  - Le maintien à titre gratuit du régime frais de santé au profit des ayants droits, bénéficiaires du régime à titre facultatif, d'un salarié décédé, et ce pour une période de 12 mois à compter de la date de décès ;
  - La gratuité du régime frais de santé pour les salariés sous contrat de travail, en situation d'arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle, durant plus de 6 mois.

Il est affecté au financement de ces mesures un minimum de 2% des cotisations finançant le régime frais de santé.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre auprès de l'organisme assureur qu'elles auront retenu, les prestations prévues au présent article.

BG SB JVP An JAS MZ HAN OT

## Article 5 : SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

### 5.1. Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

### 5.2. Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Il est précisé que dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc.), la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et la suspension du financement patronal de cette couverture.

Toutefois, les salariés en congés parentaux ou en congés sabbatiques peuvent bénéficier du maintien du régime sous réserve de prendre en charge la totalité de la cotisation (part patronale et salariale) à leur charge, étant précisé que la cotisation est identique à celle des actifs.

## ARTICLE 6 : MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

### 6.1. Portabilité des garanties

Les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties collectives mises en place au sein de l'association les employant, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale

Le bénéfice du maintien des garanties est étendu aux ayants droit des anciens salariés, y compris ceux affiliés à titre facultatif, qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail du salarié, et ce dans les mêmes conditions que ce dernier, notamment en terme de durée de ce maintien.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé visés à l'article 7.

### 6.2. 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 », peuvent bénéficier du maintien des garanties, dans le cadre d'un nouveau contrat souscrit à titre individuel :

- Les 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 six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

BG 53  
MUR AN  
JA  
HAR  
AR DT

## ARTICLE 7 : FINANCEMENT

### 7.1. Structure et assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le régime des actifs est tarifé sur la base d'une cotisation unique dite « Famille », couvrant le salarié et ses ayants-droit, à l'exclusion du conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale, qui peut adhérer à titre individuel sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, et selon le régime de base auquel le salarié est affilié.

Le régime « des sorties Loi Evin » est tarifé selon une structure de cotisations adulte – enfant.

### 7.2. Répartition

Les cotisations du régime des actifs sont prises en charge à hauteur de :

- 50% par l'employeur ;
- 50% par le salarié.

La quote-part de financement pesant sur l'employeur constitue un minimum que les entreprises de la branche doivent respecter, même en dehors du cadre de la recommandation.

Les cotisations du régime « des sorties Loi Evin » sont à la charge exclusive des anciens salariés ou des ayants-droit du salarié décédé.

### 7.3. Taux de cotisations

Les taux du régime des actifs sont garantis jusqu'au 31 décembre 2018. Il s'agit de taux de cotisations minimum, qui doivent être respectés par les entreprises de la branche, même en dehors de la recommandation.

ACTIF & ANI - REGIME GENERAL	% PMSS*
<b>Famille au sens SS (obligatoire)</b>	3,15%
<b>Conjoint non à charge SS (facultatif)</b>	2,16%

\* PMSS 2015 : 3170€

ACTIF & ANI - ALSACE MOSELLE	% PMSS*
<b>Famille au sens SS (obligatoire)</b>	2,21%
<b>Conjoint non à charge SS (facultatif)</b>	1,52%

\* PMSS 2015 : 3170€

LOI EVIN	% PMSS*	
	Régime Général	Alsace Moselle
<b>Adulte</b>	2,82%	1,97%
<b>Enfant</b>	1,02%	0,71%

\* PMSS 2015 : 3170€

Les cotisations du régime « des sorties Loi Evin » sont à la charge exclusive des anciens salariés ou des ayants-droit du salarié décédé.

BG

SB

MAD AN  
JTS PR  
OT

## ARTICLE 8 : EVOLUTION ULTERIEURE DES COTISATIONS

En cas d'évolution ultérieure des cotisations, liée notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres à primes, ou des charges de toute nature dues au titre du présent contrat (contributions, taxes, etc...) dont le paiement n'est pas expressément mis à la charge des salariés ou de l'employeur par la réglementation, celles-ci seront prises en charge par l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues pour les cotisations initiales.

## ARTICLE 9 : ORGANISMES ASSUREURS RECOMMANDES

A la suite de la procédure de mise en concurrence, les partenaires sociaux ont décidé de recommander pour la couverture du régime frais de santé le groupement de coassurance mutualiste composé des organismes suivants :

- **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 CHATILLON 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 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 route 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 CHATILLON cedex.

Ces mutuelles, co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance mutualiste, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à **MUTEX**.

Les employeurs de la branche restent toutefois libres de choisir l'organisme assureur de leur choix, sous réserve que le contrat souscrit soit conforme aux exigences requises par le présent accord.

Les partenaires sociaux s'engagent dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, à réexaminer le choix de l'organisme assureur recommandé ci-dessus. La procédure de mise en concurrence nécessaire à ce réexamen débutera au plus tard six mois avant la date d'échéance de la période quinquennale précitée.

BG SS AR MJP  
JTB MJP  
AR MJP OT

## **ARTICLE 10 : COMITE PARITAIRE NATIONAL DE SUIVI**

Il est créé un comité paritaire national de suivi de l'accord composé d'un représentant de chacune des organisations syndicales représentatives des salariés et d'autant de représentants de l'organisation employeur signataire ou adhérente qu'il y a de membres représentant les salariés.

Le comité désignera en son sein un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des salariés, l'autre aux représentants des employeurs.

Il se réunit autant que de besoin, et au moins une fois par an. A cette occasion, il étudie, notamment, l'évolution du présent régime.

Ce comité paritaire de suivi sera destinataire chaque année des comptes de résultat de l'ensemble des contrats souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé. En fonction des constats et au regard notamment du rapport ainsi transmis, le comité de suivi peut proposer à la CPN l'aménagement éventuel de l'accord.

Le comité de suivi sera également chargé d'instruire tout litige ou difficulté d'interprétation intervenant dans l'application du présent régime.

## **ARTICLE 11 : NOTICE D'INFORMATION**

Les parties rappellent que les entreprises sont tenues de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur auprès duquel les garanties seront souscrites, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leur modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les hypothèses d'exclusions ou de limitations de garanties.

## **ARTICLE 12 : DUREE, PRISE D'EFFET, REVISION, DENONCIATION DE L'ACCORD**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1er janvier 2016.

Néanmoins, les employeurs qui souhaiteraient anticiper sa mise en œuvre peuvent adhérer au contrat proposé par l'organisme recommandé dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Le présent accord pourra être révisé selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail, et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code.

## **ARTICLE 13 : DEPÔT ET AGREMENT DE L'ACCORD**

Le présent accord sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Les parties conviennent de solliciter l'agrément du présent accord.

BG

OT

NR

Fait à Paris, le 1<sup>er</sup> Avril 2015

Pour le Collège salariés

C.F.D.T.  
Fédération agro-alimentaires  
Arnaud REGUENNE



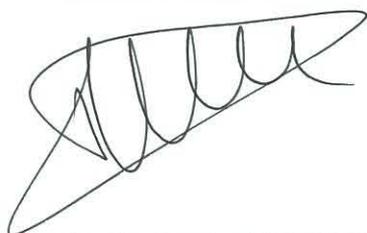
Force Ouvrière  
Fédération action sociale

C.G.T.  
Fédération des personnels  
des organismes sociaux

C.F.T.C.  
Fédération santé services sociaux

Pour le Collège employeurs

Michel PILLON



Marie-Agnès BESNARD



Sylvain BRELOT



Odette TOLMER



Monique ROUSSEAU



Hélène CARNET

Bernard GAZON



Jean-Pierre BELEY



**Annexe : Tableaux des garanties Familles Rurales (y compris remboursement sécurité sociale)**

	Remboursement SS	Garanties conventionnelles complémentaires Familles Rurales	Total remboursement Sécurité sociale + Base conventionnelle FR
<b>Pharmacie</b>			
Pharmacie à 65%	65% BR	35% BR <sup>TM</sup>	100% BR
Pharmacie à 30%	30% BR	70% BR <sup>TM</sup>	100% BR
Pharmacie à 15%	15% BR	85% BR <sup>TM</sup>	100% BR
<b>Consultations et soins courants</b>			
Consultations - visites généralistes C.A.S.	70% BR	70% BR	140% BR
Consultations - visites généralistes non C.A.S.	70% BR	50% BR	120% BR
Consultations - visites spécialistes C.A.S	70% BR	100% BR	170% BR
Consultations - visites spécialistes non C.A.S	70% BR	80% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	40% BR <sup>TM</sup>	100% BR
Analyses	60% BR	40% BR <sup>TM</sup>	100% BR
Radiologie C.A.S	70% BR	80% BR	150% BR
Radiologie non C.A.S	70% BR	60% BR	130% BR
Actes techniques médicaux C.A.S	70% BR	80% BR	150% BR
Actes techniques médicaux non C.A.S	70% BR	60% BR	130% BR
<b>Dentaires</b>			
Soins Dentaires	70% BR	30% BR <sup>TM</sup>	100% BR
Prothèses Dentaires remboursées SS	70% BR	400% BR	470% BR
Orthodontie acceptée SS	100% BR	400% BR	500% BR
Prothèses Dentaires non remboursées SS	Néant	Crédit annuel 1000€ par bénéficiaire	Crédit annuel 1000€ par bénéficiaire
Orthodontie refusée			
Implants			
Parodontologie			
<b>Optique</b>			
Verres et monture*	60% BR	cf. grille optique	cf. grille optique
Lentilles	60% BR / Néant	200€ (y compris TM si remboursement SS) / 2 ans par bénéficiaire	100% BR / Néant + 200€ - TM (si remboursement Ss) / 2 ans par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	Néant	600€ par œil / an par bénéficiaire	600€ par œil / an par bénéficiaire
<b>Hospitalisation - Secteurs conventionné</b>			
Honoraires C.A.S.	80% / 100% BR	300% BR	380% BR / 400% BR
Honoraires non C.A.S.	80% / 100% BR	100% BR	180% BR / 200% BR
Frais de séjour	80% / 100% BR	300% BR	380% BR / 400% BR
Forfait hospitalisation	Néant	100% FR	100% FR
Chambre particulière	Néant	70€ / jour	70€ / jour
Lit accompagnement enfants	Néant	70€ / jour	70€ / jour
Transport	65% BR	35% BR	100% BR
<b>Autres Prothèses</b>			
Autres Prothèses remboursées SS	60% BR	300% BR	360% BR
Prothèses Auditives remboursées SS	60% BR	300% BR	360% BR

BG SS AR JMD BR <sup>MAJ</sup> MJP OT

<b>Divers</b>			
Cure thermale acceptée SS	65% BR	100% TM + 500€	100% BR + 500€
Forfait maternité	Néant	500€ / enfant	500€ / enfant
Spécialités non remboursées par la Sécurité Sociale (ostéopathes, chiropracteurs, podologues, acupuncteurs, diététiciens, psychologues, psychomotricien)	Néant	Forfait de 25€ par acte, plafonné à 100€ par an et par bénéficiaire	Forfait de 25€ par acte, plafonné à 100€ par an et par bénéficiaire
<b>Prévention</b>			
Frais de prévention réglementaires	Néant	Prise en charge des actes de prévention dans la limite de 100% TM	Prise en charge des actes de prévention dans la limite de 100% TM

**BR** : Base de Remboursement SS

**TM** : Ticket Modérateur

\*Pour les mineurs (-18 ans) un équipement annuel

Pour les adultes (+18 ans° / un équipement tous les 2 ans sauf évolution de la vue

OT  
 AR SB BG

JPD

## Annexe : Grilles optiques

## OPTIQUE ADULTE

CODE	NOMENCLATURE	BR	Montant Rbt SS	Forfait base conventionnelle Familles rurales (par verre)	Total : rbst SS + forfait base conventionnelle (par verre)
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>					
202A00.11	Verre simple foyer, de sphère allant de -6 à +6	2,29 €	1,37 €	90 €	91,37 €
202A00.12	Verre simple foyer, de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	4,12 €	2,47 €	200 €	202,47 €
202A00.13	Verre simple foyer, de sphère en dehors de la zone -10 à +10	7,62 €	4,57 €	250 €	254,57 €
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindrique</b>					
202A00.21	Verre simple foyer de cylindre inférieur ou égal à +4 et de sphère allant de -6 à +6	3,66 €	2,20 €	90 €	92,20 €
202A00.22	Verre simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 et de sphère en dehors de la zone allant -6 à +6	6,86 €	4,12 €	250 €	254,12 €
202A00.23	Verre simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -6 à +6	6,25 €	3,75 €	200 €	203,75 €
202A00.24	Verre simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère en dehors de la zone allant de -6 à +6	9,45 €	5,67 €	300 €	305,67 €
<b>Verres multi-focaux ou progressifs sphériques</b>					
202A00.31	Verre multi-focal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4	7,32 €	4,39 €	250 €	254,39 €
202A00.32	Verre multi-focal ou progressif, de sphère en dehors de la zone en allant de -4 à +4	10,82 €	6,49 €	300 €	306,49 €
<b>Verres multi-focaux ou progressifs, sphéro-cylindriques</b>					
202A00.41	Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8 à +8	10,37 €	6,22 €	250 €	256,22 €
202A00.42	Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère en dehors de la zone allant de -8 à +8	24,54 €	14,72 €	300 €	314,72 €
	Monture	2,84 €	1,70 €	120 €	121,70 €

BG G RW AR MD JS HAK T

### OPTIQUE MINEUR < 18 ANS

CODE	NOMENCLATURE	BR	Remboursement SS	Forfait base conventionnelle Familles rurales (par verre)	Total : rbst SS + forfait base conventionnelle FR (par verre)
<b>Verres simple foyer, sphériques</b>					
202A00.11	Verre simple foyer, de sphère allant de -6 à +6	12,04 €	7,22 €	90 €	97,22 €
202A00.12	Verre simple foyer, de sphère allant de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	26,68 €	16,01 €	200 €	216,01 €
202A00.13	Verre simple foyer, de sphère en dehors de la zone -10 à +10	44,97 €	26,98 €	250 €	276,98 €
<b>Verres simple foyer, sphéro-cylindrique</b>					
202A00.21	Verre simple foyer de cylindre inférieur ou égal à +4 et de sphère allant de -6 à +6	14,94 €	8,96 €	90 €	98,96 €
202A00.22	Verre simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 et de sphère en dehors de la zone allant -6 à +6	36,28 €	21,77 €	250 €	271,77 €
202A00.23	Verre simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -6 à +6	27,90 €	16,74 €	200 €	216,74 €
202A00.24	Verre simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère en dehors de la zone allant de -6 à +6	46,50 €	27,90 €	300 €	327,90 €
<b>Verres multi-focaux ou progressifs sphériques</b>					
202A00.31	Verre multi-focal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4	39,18 €	23,51 €	250 €	273,51 €
202A00.32	Verre multi-focal ou progressif, de sphère en dehors de la zone en allant de -4 à +4	43,30 €	25,98 €	300 €	325,98 €
<b>Verres multi-focaux ou progressifs, sphérico-cylindriques</b>					
202A00.41	Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8 à +8	43,60 €	26,16 €	250 €	276,16 €
202A00.42	Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère en dehors de la zone allant de -8 à +8	66,62 €	39,97 €	300 €	339,97 €
	Monture	30,49 €	18,29 €	100 €	118,29 €

BG      S/S      AR      JPP      MR      PABOT

## Annexe contrat responsable et panier de soins minimum

Les garanties souscrites doivent être conformes aux conditions spécifiques propres aux Contrats responsables énoncées aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, et au panier de soins minimum visé à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale et déterminé à l'article D. 911-1 du même code.

Conformément aux dispositions des textes précités :

### Le Contrat ne prend pas en charge

- ↪ la majoration de la participation du Salarié et le cas échéant de ses ayants droit prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel);
- ↪ les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit à titre informatif au minimum 8 euros) ;
- ↪ la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- ↪ la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D322-5 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :
  - ✓ 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L5111-2, L5121-1 et L5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
  - ✓ 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
  - ✓ 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur.

En application des articles R.871-2 et D 911-1 du Code de la Sécurité sociale :

### Le Contrat prend en charge

- ↪ L'intégralité de participation du Salarié, et le cas échéant, de ses éventuels ayants-droit, définie à l'article R. 322-1 du Code de la sécurité sociale, y compris pour les prestations de prévention. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article.

BG AR JRS JWP PP OT

- ↪ Si le contrat propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- ↪ Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

- a) Au minimum à 100 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) Au minimum à 150 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Au minimum à 150 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

- ↪ Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée;
- ↪ La prise en charge à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.

SB

BG AR JOS YHUP ML OT