

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES TRANSPORTS ROUTIERS
ET DES ACTIVITES AUXILIAIRES DU TRANSPORT

ACCORD DU 6 octobre 2015

RELATIF À L'OBLIGATION CONVENTIONNELLE DE SOUSCRIRE UN SOCLE MINIMAL DE
« PROTECTION SANTE »
DANS LES ENTREPRISES EXERCANT DES ACTIVITES DE TRANSPORT SANITAIRE

Conclu entre :

- La Chambre Nationale des Services d'Ambulances (CNSA), membre fondateur de la Confédération Nationale de la Mobilité (CNM), représentée par Monsieur *Benoît HOUARD*
- L'Organisation des Transporteurs Routiers Européens - OTRE, représentée par Monsieur *Jean Marc RIVERA*
- La Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers - FNAA, représentée par Monsieur *Jean-Louis DARCENT*
- La Fédération Nationale des Ambulanciers Privés - FNAP, représentée par Monsieur *Bernard PELLETIER*
- La Fédération Nationale des Transports Sanitaires - FNST, représentée par Monsieur *Oliver ABRIÉ*

D'une part,

- La Fédération Générale des Transports et de l'Équipement FGTE-CFDT, représentée par *Bony Jean-Yves*
- La Fédération Nationale des Syndicats de Transports CGT, représentée par *Sébastien DAVY*
- La Fédération Nationale des Transports et de la Logistique FO-UNCP, représentée par *LEFÈVRE DENIS*
- La Fédération Générale CFTC des Transports, représentée par *DURONT MAXIME*
- Le Syndicat National des activités du transport et du transit CFE-CGC, représentée par *MR DELAYEM PASCAL*
et THORAVAZ Noël

D'autre part,

SD
DL *CP* *NT*
J-B *B.F.* *DP* *BT*
Page 1 sur 9

PREAMBULE

Par accord en date du 15 avril 2013 les partenaires sociaux sont convenus de créer dans les entreprises exerçant des activités de transport sanitaire - une obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » assurant à chaque salarié des entreprises de ce secteur d'activité, en complément des dispositifs d'une autre nature existant dans le champ conventionnel, des prestations complémentaires à celles de la sécurité sociale,

Les pouvoirs publics, pour leur part, dans ce domaine de la santé publique, poursuivent le double objectif de garantir au plus grand nombre un meilleur remboursement des dépenses de santé et de réguler ces dépenses par l'introduction de planchers et de plafonds de remboursement.

Dans ce contexte, depuis l'engagement initial des partenaires sociaux, le législateur a été amené à prendre d'importantes mesures : loi n° 2013 - 504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, loi n° 2013 - 1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale et loi n° 2014 - 892 du 08 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale.

Différentes mesures réglementaires prises en application de ces textes ont une portée directe sur l'édifice conventionnel qu'il convient de mettre en conformité dans les meilleurs délais :

- le décret n° 2014 - 1025 du 8 septembre 2014 qui fixe le panier de soins minimal requis dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise à effet du 1er janvier 2016,
- le décret n° 2014 - 1374 du 18 novembre 2014, qui définit un nouveau « Cahier des charges » des contrats dits « responsables », permettant d'ouvrir droit aux exonérations de cotisations sociales ainsi qu'à une taxe spéciale sur les conventions d'assurance à taux réduit pour les contrats complémentaires de frais de santé ;

Par ailleurs l'article 1^{er} de la loi susvisée du 14 juin 2013 porte modification des dispositions relatives à la portabilité des droits qu'il convient également de mettre en conformité.

Compte tenu de ce nouvel environnement juridique et conventionnel, les partenaires sociaux conviennent des dispositions exposées dans le présent accord.

J-7 B SD B.P CA
AL MT
Page 2 sur 9 DP DA
DA

Article 1 - CHAMP D'APPLICATION

a) Entreprises

Le présent accord est applicable aux entreprises de transport sanitaire enregistrées sous les codes NAF suivants :

- code NAF, rév. 1 : 851 J ;
- code NAF, rév. 2 : 86.90A

relevant du champ d'application de la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport.

b) Salariés bénéficiaires

Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble du personnel.

Peuvent être dispensés d'adhésion, en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur à la date de signature du présent accord :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission 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 bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors 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 au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispenses

SD
J
CWA
BC
BP
J. Y B
DP
D46
MT

d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir les justificatifs et, pour les cas de dispense concernés, renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

c) Ayants droit

Les salariés visés au point b de l'article 1^{er} du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 2 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint couvert ou non par la sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié.
Est assimilé au conjoint :
 - le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la sécurité sociale faisant foi) ;
 - la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le (les) enfant(s) de moins de 21 ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26^e anniversaire :

- pour les enfants affiliés à la sécurité sociale des étudiants ;
- pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi ;
- pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Article 2 - PRESTATIONS DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DES FRAIS DE SANTE

Il est convenu entre les partenaires sociaux de définir trois régimes de prestations :

- le régime « de base » ou « socle minimal de prestations santé », obligatoire ; ce régime peut être complété par des garanties optionnelles facultatives (annexe I) ;
- et deux régimes améliorés 1 et 2 (annexes II et III).

Au-delà du régime « de base » qui constitue le socle minimal obligatoire auquel il ne peut être dérogé, les entreprises ont, par l'une des formes mentionnées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, la possibilité d'opter pour un régime amélioré (I ou II) - qui reste facultatif.

Handwritten notes and signatures:
fy
S.D.
Jh
B.P.
OP
DT.

Lorsque l'entreprise choisit le régime « de base », chaque salarié peut souscrire, pour lui-même et/ou pour ses ayants droits, à une gamme de garanties complémentaires facultatives parmi deux options proposées. L'adhésion, par le choix du salarié, à ces garanties complémentaires est facultative. Son coût, en l'absence de disposition spécifique en entreprise, repose intégralement sur le salarié.

Les prestations (nature et niveau) des trois régimes de couverture complémentaire des frais de santé prévus par le présent accord figurent en annexe.

Par ailleurs, le régime complémentaire santé respectant les conditions du contrat responsable, la couverture exclut la prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur imposée à l'assuré lorsque celui-ci consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- des actes et prestations pour lesquels l'assuré a refusé l'accès à son dossier médical personnel (DMP) ;
- des dépassements d'honoraires en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant hors protocole de soins ;
- de la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et des franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale - comprenant le régime de base de la sécurité sociale et le régime conventionnel obligatoire choisi - qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

L'organisme assureur procède aux versements des prestations :

- au vu des décomptes originaux des prestations en nature ;
- grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ;
- sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Article 3 - FINANCEMENT

L'entreprise est tenue de consacrer au financement du régime de base (figurant en annexe au présent accord) un montant minimal équivalant à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié et par mois.

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page:

- Handwritten initials: *th*, *CA*, *SD*, *J-13*, *NT*, *22*, *OP*, *BT-*
- Page number: **Page 5 sur 9**

Pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle, le montant minimal est de 0,3 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié et par mois.

La cotisation totale (part patronale et part salariale) au régime de base obligatoire de branche est :

- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime général : a minima de 1 % du PMSS par salarié et par mois ;
- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle : a minima de 0,6 % du PMSS par salarié et par mois.

La cotisation est due, pour chaque salarié bénéficiaire, à compter du premier mois civil entier suivant l'embauche. En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, démission ou rupture conventionnelle) au cours du mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due.

Article 4 - CESSATION DES GARANTIES ET CAS DE MAINTIEN DES DROITS / PORTABILITE

L'adhésion prend fin en cas de décès ou de rupture du contrat du salarié (départ en retraite sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Conformément à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, l'ancien salarié conserve, à compter de la date de cessation du contrat de travail, le bénéfice des garanties frais de santé appliquées dans son ancienne entreprise pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including "SD", "SJB", and "D.P.". The text "Page 6 sur 9" is printed below the signatures.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail dès sa survenance.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de portabilité.

Le maintien des garanties cesse :

- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base de la sécurité sociale ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue par l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- à la date de résiliation du contrat collectif dans l'ancienne entreprise ;
- en cas de décès.

Il est précisé que la suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelle que cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prorogée d'autant.

L'ancien salarié doit adresser à l'organisme assureur un bulletin de portabilité des droits et une nouvelle carte de tiers payant lui sera adressée ainsi qu'une attestation des droits.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation ayant pour effet de dispenser employeur et ancien salarié de toute contribution financière au départ du salarié.

- les bénéficiaires du maintien des couvertures santé institué par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du

contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation.

Article 5 - DISPOSITIONS REMPLACÉES DE L'ACCORD DU 15 AVRIL 2013

Les dispositions de l'accord du 15 avril 2013 visé dans le préambule du présent accord sont remplacées comme suit:

- son article 1^{er} est remplacé par les dispositions de l'article 1^{er} du présent accord.
- son article 2 et son annexe sont remplacés par les dispositions de l'article 2 du présent accord et les annexes correspondantes.
- son article 5 est remplacé par les dispositions de l'article 3 du présent accord.
- son article 6 est remplacé par les dispositions de l'article 4 du présent accord.

Article 6 - ENTREE EN APLICATION

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016, hormis les dispositions relatives à la portabilité qui sont légalement entrées en vigueur depuis le 1^{er} juin 2014.

Article 7 - DENONCIATION ET MODIFICATION

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 8 - DEPOT ET EXTENSION

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt à la Direction Générale du Travail du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L 2231-6, L 2261-1, D 2231-2 et L 2261-15 du Code du travail.

Fait à Paris, le 6 octobre 2015

SD
CH
JL
JYB
SC
MT
DP
DIX

Page 8 sur 9

La Chambre Nationale des Services d'Ambulances
(CNSA), membre fondateur de la CNM

L'Organisation des Transporteurs Routiers
Européens (OTRE)

La Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers
FNAA

La Fédération Nationale des Ambulanciers Privés
FNAP

La Fédération Nationale des Transports Sanitaires -
FNTS

La Fédération Générale des Transports et
de l'Équipement FGTE-CFDT

La Fédération Nationale des Syndicats de
Transports CGT

La Fédération des Transports et de la Logistique FO-
UNCP

La Fédération Générale CFTC des Transports

Le Syndicat National des Activités du Transport et
du Transit CFE-CGC

Annexe I : Régime de base

PRESTATIONS					
Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.					
Nature	Régime conventionnel base	Régime Optionnel facultatif n°1 (3)		Régime Optionnel facultatif n°2 (3)	
Soins courants					
Consultations, visites généralistes	100 % BR	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
		155 % BR	135 % BR	200 % BR	180 % BR
Consultations, visites spécialistes	100 % BR	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
		155 % BR	135 % BR	200 % BR	180 % BR
Actes de chirurgie	100 % BR	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
		155 % BR	135 % BR	200 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR		130 % BR	
Examens, analyses laboratoires	100 % BR	100 % BR		130 % BR	
Radiologie	100 % BR	100 % BR		Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
				200 % BR	180 % BR
Transport	125 % BR	130 % BR		195 % BR	
Pharmacie					
Pharmacie à 65 % (SMR majeur/important)	100 % BR	100 % BR		100 % BR	
Pharmacie à 30 % (SMR modéré)	100 % BR	100 % BR		100 % BR	
Pharmacie à 15 % (SMR faible)	100 % BR	100 % BR		100 % BR	
Hospitalisation					
Frais de séjour	100 % BR	185 % BR		260 % BR	
Chambre particulière	1 % du PMSS par jour	1,20 % du PMSS par jour		2 % du PMSS par jour	
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)	1 % du PMSS par jour	1,20 % du PMSS par jour		1,40 % du PMSS par jour	
Honoraires, actes chirurgicaux	100 % BR	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
		185 % BR	165 % BR	260 % BR	200 % BR
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR		100 % FR	
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	Prise en charge	Prise en charge		Prise en charge	
Forfait naissance ou adoption	-	6 % du PMSS		12 % du PMSS	

JYB ↓

SD
CA
MT
JYB
DR
DR
DR
DP

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements prévus ci-dessous sont limités aux montants fixés par l'article 2 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides sociales et fiscales.

Dans un souci de lisibilité, les montants figurant dans la colonne de droite sont indiqués pour information, il s'agit des montants plafonds fixés par le décret, par équipement, applicables à la date du 1^{er} janvier 2016.

Nature	Régime conventionnel base		Régime Optionnel facultatif n°1 (3)		Régime Optionnel facultatif n°2 (3)		
Optique : Prise en charge obligatoire d'un équipement optique (lunettes) par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (périodicité d'un an)							
Optique					Adulte	Enfant	
Monture	4% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 470 € (2)	4,5% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 470 € (2)	Plafonnée à 150 €	Plafonnée à 150 €	Dans la limite globale de 470 € (2)
2 verres simples (*)	4,2% du PMSS		5,7% du PMSS		8,5% du PMSS	5,7% du PMSS	
Monture	4% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 610 € (2)	4,5% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 610 € (2)	Plafonnée à 150 €	Plafonnée à 150 €	Dans la limite globale de 610 € (2)
1 verre simple et 1 verre complexe	5,3% du PMSS		7 % du PMSS		13 % du PMSS	7 % du PMSS	
Monture	4% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 750 € (2)	4,5% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 750 € (2)	Plafonnée à 150 €	Plafonnée à 150 €	Dans la limite globale de 750 € (2)
2 verres complexes (**)	5,3% du PMSS SS		7 % du PMSS		13 % du PMSS	7 % du PMSS	
Monture	4% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 660 € (2)	4,5% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 660 € (2)	Plafonnée à 150 €	Plafonnée à 150 €	Dans la limite globale de 660 € (2)
1 verre simple et 1 verre hyper complexe (***)	5,3% du PMSS		7 % du PMSS		13 % du PMSS	7 % du PMSS	
Monture	4% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 800 € (2)	4,5% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 800 € (2)	Plafonnée à 150 €	Plafonnée à 150 €	Dans la limite globale de 800 € (2)
1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	5,3% du PMSS		7 % du PMSS		13 % du PMSS	7 % du PMSS	
Monture	4% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 850 € (2)	4,5% du PMSS (1)	Dans la limite globale de 850 € (2)	Plafonnée à 150 €	Plafonnée à 150 €	Dans la limite globale de 850 € (2)
2 verres hyper complexes	5,3% du PMSS		7 % du PMSS		13 % du PMSS	7 % du PMSS	

SD
COA
MT
nc
✓
BP
04
ph
57B 14 DP

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Nature	Régime conventionnel base	Régime Optionnel facultatif n°1 (3)	Régime Optionnel facultatif n°2 (3)
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	6 % du PMSS tous les deux ans	7,5 % du PMSS tous les deux ans	8,5 % du PMSS tous les deux ans
Chirurgie laser myopie (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	8 % du PMSS	10 % du PMSS
Dentaire			
Soins et suivi dentaire, détartrage...	110 % BR	180 % BR	210 % BR
Prothèses remboursables	150 % BR	200 % BR	315 % BR
Prothèses non remboursables	-	100 % BRR	220 % BRR
Orthodontie remboursable	150 % BR	220 % BR	220 % BR
Orthodontie non remboursable	-	100 % BRR	100 % BRR
Implants (par an et par bénéficiaire)	-	-	7 % du PMSS
Prothèses orthopédie	100 % BR	145 % BR	165 % BR
Appareil auditif	100 % BR	145 % BR	165 % BR
Cure thermique :			
Honoraires et Forfait	-	-	100 % BR
Transport et hébergement (par an/bénéficiaire)			7 % du PMSS

J/B

ds

SD
de
MT
B.P.
DP
DP

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Nature	Régime conventionnel base	Régime Optionnel facultatif n°1 (3)	Régime Optionnel facultatif n°2 (3)
Ostéopathie, acupuncture (forfait)	80 € par an et par bénéficiaire	130 € par an et par bénéficiaire	170 € par an et par bénéficiaire
Patch sevrage anti-addictions (sur validation de devis ou intervention de la CNAM)	30 € par an et par bénéficiaire (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)	30 € par an et par bénéficiaire (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)	30 € par an et par bénéficiaire (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)
Tiers payant	Oui	Oui	Oui

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
 BR : base de remboursement de la sécurité sociale.
 BRR : base de remboursement reconstituée.
 TM : ticket modérateur.
 CAS : Contrat d'accès aux soins

- (1) Le plafonnement de la monture prévu à l'article 2 du décret n° 2014-1374 est de 150 euros à la date du 1^{er} janvier 2016.
 (2) Limites en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2016 en application du décret précité.
 (3) Y compris régime de base

* verres simples : verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries).

** : verres complexes : 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).

*** verres hypercomplexes : 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).

S D
 J/B
 ↓
 CH
 ↓
 DP
 NT
 B.P.
 DP

Annexe II : Régime amélioré collectif n°1

PRESTATIONS		
Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.		
Nature	Régime Amélioré Collectif n°1 (3)	
Soins courants		
Consultations, visites généralistes	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	165 % BR	145 % BR
Consultations, visites spécialistes	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	160 % BR	140 % BR
Actes de chirurgie	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	160 % BR	140 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Examens, analyses laboratoires	100 % BR	
Radiologie	100 % BR	
Transport	150 % BR	
Pharmacie		
Pharmacie à 65 % (SMR majeur/important)	100 % BR	
Pharmacie à 30 % (SMR modéré)	100 % BR	
Pharmacie à 15 % (SMR faible)	100 % BR	
Hospitalisation		
Frais de séjour	190 % BR	
Chambre particulière	1,5 % du PMSS par jour	
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)	1,5 % du PMSS par jour	
Honoraires, actes chirurgicaux	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	190 % BR	170 % BR
Forfait journalier	100 % FR	
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	Prise en charge	
Forfait naissance ou adoption	6 % du PMSS	

J/B

S D
M
B.P.
D.P.
D.P.

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements prévus ci-dessous sont limités aux montants fixés par l'article 2 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides sociales et fiscales.

Dans un souci de lisibilité, les montants figurant dans la colonne de droite sont indiqués pour information, il s'agit des montants plafonds fixés par le décret, par équipement, applicables à la date du 1^{er} janvier 2016.

Nature	Régime Amélioré Collectif n°1 (3)	
Optique : Prise en charge obligatoire d'un équipement optique (lunettes) par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (périodicité d'un an)		
Monture	Plafonnée à 150 € (1)	Dans la limite globale de 470 € (2)
2 verres simples (*)	6,6 % du PMSS	
Monture	Plafonnée à 150 € (1)	Dans la limite globale de 610 € (2)
1 verre simple et 1 verre complexe	8 % du PMSS	
Monture	Plafonnée à 150 € (1)	Dans la limite globale de 750 € (2)
2 verres complexes (**)	8 % du PMSS	
Monture	Plafonnée à 150 € (1)	Dans la limite globale de 660 € (2)
1 verre simple et 1 verre hyper complexe (***)	8 % du PMSS	
Monture	Plafonnée à 150€ (1)	Dans la limite globale de 800 € (2)
1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	8 % du PMSS	
Monture	Plafonnée à 150 € (1)	Dans la limite globale de 850 € (2)
2 verres hyper complexes	8 % du PMSS	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	9 % du PMSS tous les deux ans	
Chirurgie laser myopie (par œil)	8 % du PMSS tous les deux ans	
Dentaire		
Soins et suivi dentaire, détartrage...	185 % BR	
Prothèses remboursables	220 % BR	
Prothèses non remboursables	110 % BRR	
Orthodontie remboursable	220 % BR	
Orthodontie non remboursable	100 % BRR	
Implants (par an et par bénéficiaire)	-	

SD
 CA
 ✓
 M
 B.P.
 DA.
 D2
 DP
 JTB
 DP

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Nature	Régime Amélioré Collectif n°1
Divers	
Prothèses orthopédie	155 % BR
Appareil auditif	150 % BR
Ostéopathie, acupuncture (forfait)	140 € par an et par bénéficiaire
Patch sevrage anti-addictions (sur validation de devis ou intervention de la CNAM)	30 € par an et par bénéficiaire (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)
Tiers payant	Oui

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
BR : base de remboursement de la sécurité sociale.
BRR : base de remboursement reconstituée.
TM : ticket modérateur.
CAS : Contrat d'accès aux soins

- (1) Le plafonnement de la monture prévu à l'article 2 du décret n° 2014-1374 est de 150 euros à la date du 1^{er} janvier 2016.
(2) Limites en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2016 en application du décret précité.
(3) Y compris régime de base

* verres simples : verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries).

** : verres complexes : 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).

*** verres hypercomplexes : 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).

SD
 J-B
 B.P.
 CA
 MT
 DE
 DP

Annexe III : Régime amélioré collectif n°2

PRESTATIONS		
Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.		
Nature	Régime Amélioré Collectif n°2 (3)	
Soins courants		
Consultations, visites généralistes	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	220 % BR	200 % BR
Consultations, visites spécialistes	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	220 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	220 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	210 % BR	
Examens, analyses laboratoires	210 % BR	
Radiologie	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	220 % BR	200 % BR
Transport	215 % BR	
Pharmacie		
Pharmacie à 65 % (SMR majeur/important)	100 % BR	
Pharmacie à 30 % (SMR modéré)	100 % BR	
Pharmacie à 15 % (SMR faible)	100 % BR	
Hospitalisation		
Frais de séjour	280 % BR	
Chambre particulière	2,5 % du PMSS par jour	
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)	2 % du PMSS par jour	
Honoraires, actes chirurgicaux	Médecin adhérent au CAS	Médecin non adhérent au CAS
	280 % BR	200 % BR
Forfait journalier	100 % FR	
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	Prise en charge	
Forfait naissance ou adoption	12 % du PMSS	

SD
 JTB

ch
 M
 ch
 M
 M
 M

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements prévus ci-dessous sont limités aux montants fixés par l'article 2 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides sociales et fiscales.

Dans un souci de lisibilité, les montants figurant dans la colonne de droite sont indiqués pour information, il s'agit des montants plafonds fixés par le décret, par équipement, applicables à la date du 1^{er} janvier 2016.

Nature	Régime Amélioré Collectif n°2 (3)		
Optique : Prise en charge obligatoire d'un équipement optique (lunettes) par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (périodicité d'un an)			
	Adulte	Enfant	(2)
Monture 2 verres simples (*)	Plafonnée à 150 € (1) 9 % du PMSS	Plafonnée à 150 € (1) 6 % du PMSS	Dans la limite globale de 470 €
Monture 1 verre simple et 1 verre complexe	Plafonnée à 150 € (1) 14 % du PMSS	Plafonnée à 150 € (1) 7 % du PMSS	Dans la limite globale de 610 €
Monture 2 verres complexes (**)	Plafonnée à 150 € (1) 14 % du PMSS	Plafonnée à 150 € (1) 7 % du PMSS	Dans la limite globale de 750 €
Monture 1 verre simple et 1 verre hyper complexe (***)	Plafonnée à 150 € (1) 14 % du PMSS	Plafonnée à 150 € (1) 7 % du PMSS	Dans la limite globale de 660 €
Monture 1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	Plafonnée à 150 € (1) 14 % du PMSS	Plafonnée à 150 € (1) 7 % du PMSS SS	Dans la limite globale de 800 €
Monture 2 verres hyper complexes	Plafonnée à 150 € (1) 14 % du PMSS	Plafonnée à 150 € (1) 7 % du PMSS	Dans la limite globale de 850 €
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	10 % du PMSS tous les deux ans		
Chirurgie laser myopie (par œil)	10 % du PMSS		

SD
at
D.P.
M
Det.
92
00
J.B.

PRESTATIONS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale, à l'exception des prestations exprimées en pourcentage du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.

Nature	Régime Amélioré Collectif n°2 (3)
Dentaire	
Soins et suivi dentaire, détartrage...	220 % BR
Prothèses remboursables	335 % BR
Prothèses non remboursables	220 % BRR
Orthodontie remboursable	220 % BR
Orthodontie non remboursable	100 % BRR
Implants (par an/bénéficiaire)	8 % du PMSS
Divers	
Prothèses orthopédie	175 % BR
Appareil auditif	165 % BR
Cure thermale :	
Honoraires et forfait	100 % BR
Transport et hébergement	8 % du PMSS
Ostéopathie, acupuncture (forfait)	180 € par an et par bénéficiaire
Patch sevrage anti-addictions (sur validation de devis ou intervention de la CNAM)	30 € par an et par bénéficiaire (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)
Tiers payant	Oui

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
BR : base de remboursement de la sécurité sociale.
BRR : base de remboursement reconstituée.
TM : ticket modérateur.
CAS : Contrat d'accès aux soins

- (1) Le plafonnement de la monture prévu à l'article 2 du décret n° 2014-1374 est de 150 euros à la date du 1^{er} janvier 2016.
(2) Limites en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2016 en application du décret précité.
(3) Y compris régime de base

* verres simples : verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries).

** : verres complexes : 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).

*** verres hypercomplexes : 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).

S.D.
M.
D.P.
M.
J.
D.
D.
D.
D.
D.

J/B.