

Avenant 328 du 1er septembre 2014

RÉGIME COLLECTIF DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES INADAPTEES ET HANDICAPEES DU 15 MARS 1966

ENTRE **FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPEES ET FRAGILES (FEGAPEI)**
14 rue de la Tombe-Issoire - 75014 PARIS

SYNDICAT des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS)
3 rue au Maire – 75003 PARIS

D'une part,

ET

FEDERATION DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX (CFDT)
47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS CEDEX 19

FEDERATION DES SYNDICATS SANTE ET SOCIAUX (CFTC)
34 quai de la Loire 75019 PARIS

FEDERATION FRANCAISE DE LA SANTE, DE LA MEDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE (CFE - CGC)
39 rue Victor Massé - 75009 PARIS

FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (CGT)
Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX

FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE (CGT-FO)
7 passage Tenaille - 75014 PARIS

FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (SUD)
70, rue Philippe-de-Girard - 75018 Paris

D'autre part,

*AS BC JMF MCS
CH*

Préambule

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 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 les salariés relevant de la convention collective du 15 mars 1966.

Les partenaires sociaux 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,
- et de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui complète les dispositions permanentes de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 par la création d'un article 43 intitulé « Régime de complémentaire santé », reprenant les articles 1 à 4 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.

Article 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 cinq 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 cinq assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et le protocole de gestion administrative communs aux organismes assureurs, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 2 - Champ d'application

Le présent avenant s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective du 15 mars 1966 (convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées).

Il s'applique aux salariés de la convention collective du 15 mars 1966 visés à l'article 3.

B
ES
JMF
OS
Mai

Article 3 - Mise en place d'un régime de complémentaire santé

Article 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, ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins 3 mois.

2) Suspension du contrat de travail

a) cas de maintien du bénéfice du régime

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 un 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 cotisations.

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 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.

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 3.4. du présent avenant.

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. Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD et les apprentis et pour les salariés à temps partiel dans les 30 jours suivant la date d'embauche. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- c) les salariés qui sont 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 et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les 30 jours suivant leur embauche, 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. À défaut, 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 mentionnées au sixième alinéa 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

cch

tb mfb

CD SMF Am

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 remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date d'embauche. A défaut d'écrit et de justificatif adressé 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.

Article 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 des régimes de prévoyance complémentaire 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 douze 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, 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 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 ;
- au profit des 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.

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, 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 la dite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 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 assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droits, 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 2014, à 3 129 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3) Taux et répartition des cotisations

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et 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

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,74 % du PMSS	0,74 % du PMSS	1,48 % du PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,73 % du PMSS	-	0,73 % du PMSS
Conjoint (facultatif)	1,61 % du PMSS	-	1,61 % du PMSS

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

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,52 % du PMSS	0,52 % du PMSS	1,04 % du PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,51 % du PMSS	-	0,51 % du PMSS
Conjoint (facultatif)	1,13 % du PMSS	-	1,13 % du PMSS

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 droits) mise en place par l'entreprise.

Article 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 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) 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.

Article 3.5– Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance, 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 CCNT 66.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, 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, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la CNPN.

Article 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 « frais de santé » prévues par la convention collective, les organismes assureurs suivants :

- **AG2R Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE, double agrément du ministère du travail et du ministère de l'agriculture (numéro d'agrément ministère 942) - 35 boulevard BRUNE, 75680 PARIS CEDEX 14
- **Le groupement de coassurance mutualiste** composé de :
 - o **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
 - o **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
 - o **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 CEDEX
 - o **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 : 25 route de Monfavet, BP 2034, 84023 AVIGNON CEDEX 1

- **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
- **KLESIA**, 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
- **MALAKOFF-MEDERIC**, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21 rue Laffitte 75317 PARIS CEDEX 9
- **MUTUELLE INTEGRANCE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°340 359 900. - Siège social : 89 rue Damrémont - 75882 PARIS CEDEX 18

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. À 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 recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire de l'organisme assureur.

ARTICLE 4 – Effet et durée

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2015 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.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

CCN ncs 9x
2018 Os Mi

Fait à Paris, le 1^{er} septembre 2014

**ORGANISATIONS SYNDICALES
DE SALARIES**

LA FEDERATION NATIONALE DES SERVICES
SANTE ET SERVICES SOCIAUX (CFDT)

B - Caisse



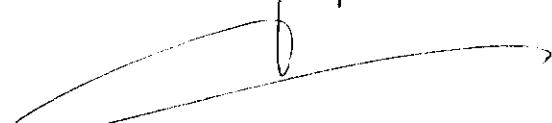
LA FEDERATION DES SYNDICATS SANTE
ET SOCIAUX (CFTC)

J P Faure



LA FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION
SOCIALE (CGT)

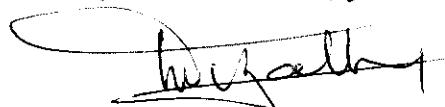
Anne Boulanger



LA FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE
(CGT-FO)

LA FEDERATION FRANÇAISE DE LA SANTE, DE LA
MEDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE (CFE-CGC)

MC BATTENX



LA FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (SUD)

M JAF BC
CCN MCS ED

**ORGANISATIONS SYNDICALES
D'EMPLOYEURS**

LA FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS
GESTIONNAIRES AU SERVICE DES PERSONNES
HANDICAPEES ET FRAGILES (FEGAPEI)

Obliens.

LE SYNDICAT DES EMPLOYEURS ASSOCIATIFS DE
L'ACTION SOCIALE ET SANTE (SYNEAS)

Op

Annexe – Garanties collectives « frais de santé »

TABLEAU DE GARANTIES CCN66	
Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)	
GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base
FRAIS D'HOSPITALISATION	
Chirurgie- Hospitalisation	200% BR
Conventionné	
Forfait Hospitalier	100% FR
Chambre particulière par jour:	100% FR
Conventionné	limité à 2% PMSS
Personne accompagnante:	100% FR
Conventionné	limité à 1,5% PMSS
FRAIS MEDICAUX	
Consultation - visites : Généralistes	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes	180% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun
Pharmacie	100% BR
Analyses	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	150% BR
Radiologie	125% BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR
prothèses auditives	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)
Transport accepté par la Ss	100% BR
DENTAIRE	
Soins dentaires	100% BR
<u>Orthodontie :</u>	
Acceptée par la SS	300%BR
Refusée par la SS	250% BR
Prothèses dentaires : 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire, et au-delà, la garantie au panier de soins	
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250%BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	220%BR
Inlays-core	150% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	7% PMSS
Implantologie	20% PMSS
Frais d'optique, Pour les mineurs : verres+monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans, Pour les adultes : verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire* et lentilles tous les ans par bénéficiaire	
Verres	Grille optique
lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS
Chirurgie réfractive	22% PMSS
Monture adulte	Grille optique
Monture enfant	Grille optique
ACTES DE PREVENTION	
Tous les actes des contrats responsables	100% TM
ACTES DIVERS	
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR

* En cas d'évolution de la vue la période est réduite à un an

Grille optique : Pour les verres, les remboursements sont exprimés par verre.

Verre		100%	125%	150%	175%	200%	225%	250%
Verres Simple Foyer, Sphérique								
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €

JMF Mm Mm

413
12
LDS C.C

Régimes optionnels

TABLEAU DE GARANTIES CCN66

Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)

GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base	Base + Option 1	BASE + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie- Hospitalisation Conventionné	200% BR	200% BR	300% BR
Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour: Conventionné	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
Personne accompagnante: Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultation - visites : Généralistes	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes	180% BR	180% BR	200% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie	125% BR	125% BR	150% BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR	200% BR	200% BR
prothèses auditives	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)	45% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)
Transport accepté par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
<u>Orthodontie :</u>			
Acceptée par la SS	300%BR	300%BR	350% BR
Refusée par la SS	250% BR	250% BR	250% BR
<u>Prothèses dentaires :</u> 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire, et au-delà, la garantie au panier de soins			
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250%BR	325% BR	450% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	220%BR	250% BR	350% BR
Inlays-core	150% BR	200% BR	200% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	7% PMSS	7% PMSS	10% PMSS
Implantologie	20% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
Frais d'optique, Pour les mineurs : verres+monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans,			
Pour les adultes : verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire* et lentilles tous les ans par bénéficiaire			
Verres	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS	3% PMSS	6,5% PMSS
Chirurgie réfractive	22% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
Monture adulte	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
Monture enfant	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
ACTES DE PREVENTION			
Tous les actes des contrats responsables	100% TM	100% TM	100% TM
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

* En cas d'évolution de la vue la période est réduite à un an

HCB Am
CCN JMF EB BC

Grilles optiques : Pour les verres, les remboursements sont exprimés par verre.

Verres Simple Foyer, Sphérique								
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €
Verres Simple Foyer, Sphérique								
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	180,00 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	200,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	210,00 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	230,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

SIF BL M

AD NC C

Cotisations

Taux exprimés en %PMSS		Régime général			Régime Local		
		Salarié	Conjoint	Enfant	Salarié	Conjoint	Enfant
	Base	1,48%	1,61%	0,73%	1,04%	1,13%	0,51%
Obligatoire salarié	Option 1	0,32%	0,32%	0,16%	0,32%	0,32%	0,16%
	Option 2	0,67%	0,67%	0,33%	0,67%	0,67%	0,33%
Facultatif salarié	Option 1	0,35%	0,35%	0,18%	0,35%	0,35%	0,18%
	Option 2	0,74%	0,74%	0,36%	0,74%	0,74%	0,36%

ACTIFS y compris portabilité des droits sur l'ensemble des garanties (Base et options)

mcg m
ccn JNF CP BC