

**ACCORD COLLECTIF D'ENTREPRISE
RELATIF A LA COMPLEMENTAIRE SANTE****ENTRE LES SOUSSIGNÉES :**

La Société **CAF REICHSHOFFEN SAS**, Société par actions simplifiée à associé unique, enregistrée au registre du commerce de Strasbourg sous le numéro 893 476 259 située 6 rue de Strasbourg 67110 REICHSHOFFEN, représentée par Monsieur Gorka GOMEZ, directeur de site

Ci-après désignée « la Société », « l'entreprise », ou « CAF REI »,

D'une part,

ET

Les **Organisations Syndicales Représentatives** des salariés au sein de l'entreprise, prises en la personne de leurs représentants dûment habilités conformément à l'article L.2232-12 du code du travail :

- **CFE-CGC**, représentée par Monsieur Christophe HITTER, en sa qualité de délégué syndical,
- **CGT**, représentée par Monsieur Christophe HEITZ, en sa qualité de délégué syndical,
- **FO**, représentée par Monsieur Hervé FILLHARDT, en sa qualité de délégué syndical.

D'autre part,

Ci-après désignées ensemble « les Parties »

GG
CH
CH
Fit

ETANT PREALABLEMENT RAPPELE CE QUI SUIT :

Préambule :

Les dispositions du présent accord ont pour but de maintenir pour les salariés de la Société CAF REICHSHOFFEN une couverture complémentaire santé collective et obligatoire équivalente à celle précédemment en vigueur au sein de la Société.

Le présent accord de mutuelle et de prévoyance est établi dans le cadre des obligations légales et conventionnelles en matière de protection sociale des salariés. Il a pour objectif de définir les modalités et les conditions de mise en œuvre des garanties offertes aux salariés par le biais de dispositifs de mutuelle santé et de prévoyance collective.

Les parties signataires reconnaissent l'importance de garantir une couverture sociale équilibrée à l'ensemble des salariés de l'entreprise. Cet accord s'inscrit dans une volonté commune de maintenir un bon niveau de protection sociale, en assurant à chaque salarié un accès à des soins de qualité et une protection financière en cas d'incidents de la vie, tels que l'invalidité, l'incapacité de travail, ou le décès (sujets complémentaire santé et prévoyance)

Les garanties mises en place ont été définies en concertation avec les représentants des salariés et tiennent compte des besoins spécifiques du personnel du site de Reichshoffen. Elles visent à assurer une couverture conforme aux exigences légales tout en tenant compte des contraintes économiques de l'entreprise.

Le présent accord précise les droits et obligations des salariés ainsi que ceux de l'employeur, notamment en ce qui concerne la prise en charge des cotisations, les conditions d'adhésion, les prestations couvertes, et les modalités de gestion du régime. Il établit également les principes de solidarité et de mutualisation des risques, qui sont au cœur du fonctionnement de ces dispositifs de protection sociale.

Les parties s'engagent à veiller à la bonne application de cet accord, dans un esprit de dialogue et de concertation, afin de garantir une protection sociale durable, équilibrée et adaptée aux besoins des salariés.

C'est dans ce contexte que les parties signataires ont convenu des dispositions du présent accord en application de l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale.

IL A DONC ETE CONVENU DE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 – OBJET DE L'ACCORD

Le présent accord a pour objet de définir le contenu et les modalités de mise en place d'une couverture complémentaire santé conforme aux dispositions du contrat dit responsable. Il s'inscrit dans le respect des principes de solidarité et de responsabilité visant d'une part à permettre aux salariés et à leur famille de bénéficier d'une couverture santé en privilégiant une cotisation familiale, d'autre part d'assurer la pérennité du régime à long terme.

La couverture complémentaire santé est constituée d'un régime de base collectif à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés, sans condition d'ancienneté, et d'un régime à caractère facultatif, appelé « Régime Plus ».

ARTICLE 2 – BENEFICIAIRES

2.1. Les bénéficiaires actifs

2.1.1. Le régime de base obligatoire

a) principe général

Le régime de base est un régime à adhésion obligatoire pour le salarié (au sens de L311-2 et 3 du Code de la Sécurité sociale) et ses ayants droit. Les ayants droit d'un salarié décédé restent couverts sans contrepartie de cotisation pendant une durée maximale de 6 mois.

b) dérogations

Peuvent se dispenser d'adhérer les salariés dont la situation correspond aux dispositions du III de l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application selon les modalités précisées par ces textes.

Par ailleurs :

- s'agissant des couples dont les deux membres travaillent au sein de l'entreprise (Société CAF FRANCE REICHSHOFFEN) l'un des deux membres peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant-droit.
- s'agissant des salariés et des apprentis en contrat de travail à durée déterminée ou en contrat de mission il existe deux dispenses distinctes prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale :

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.

Pour pouvoir bénéficier de ce cas de dispense, les salariés et apprentis doivent faire part de leur souhait par écrit, en remplissant le formulaire remis à cet effet, suivant la mise en place du présent régime, leur embauche ou leur changement de situation accompagné des justificatifs requis.

La production des justificatifs doit être renouvelée au plus tard le 15 janvier de chaque année. A défaut, ils seront considérés comme adhérents au régime applicable et à ce titre, seront tenus de cotiser. Les salariés qui cessent de demander le bénéfice d'une dérogation sont tenus de cotiser.

Les salariés embauchés initialement en contrat à durée déterminée et qui verraienr leur situation contractuelle évoluer en contrat à durée indéterminée, seront tenus d'adhérer au régime en vigueur, sauf s'ils justifient relever d'un autre cas de dispense autorisé visé à l'article L 911-7, III, du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

2.1.2. Le régime plus facultatif

Ce régime, qui améliore les garanties du régime de base, est un régime à adhésion facultative auquel les salariés peuvent librement choisir de souscrire dans les conditions du contrat d'assurance.

A défaut de décision contraire des salariés, les options retenues à la date de signature des présentes seront maintenues dans le cadre de l'application du présent accord.

2.2 Salariés relevant du dispositif CAATA

Il est convenu que les salariés quittant l'entreprise, dans le cadre du dispositif de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (CAATA) prévu par la Loi n°98 1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999, sont affiliés pendant la durée du dispositif CAATA au régime de base et au régime « Plus » facultatif dans les mêmes conditions que les salariés de l'entreprise, sous réserve qu'ils s'acquittent de leur propre part de cotisation.

Le départ du salarié doit résulter :

- soit de son appartenance à un établissement classé du Groupe Alstom figurant sur une liste établie par arrêté ministériel
- soit d'une maladie professionnelle liée à l'amiante relative aux tableaux 30 et 30bis des maladies professionnelles, reconnue avant le départ en CAATA.

2.3. Suspension du contrat de travail

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 de salaire ,
 - 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 ,
 - d'une rente d'invalidité versées par l'organisme de prévoyance,
 - d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (tel que l'activité partielle, congé de reclassement ou de mobilité...)
- dans le cadre d'un congé parental d'éducation pendant une durée de 6 mois,

GG
CH
CH
f.11

- et, dans les cas prévus par la convention collective de branche nationale de la Métallurgie non listés ci-dessus tels que les périodes de réserves policières ou miliaires dans les conditions prévues par ce texte.

Dans une telle hypothèse, la société verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail, sous réserve que le salarié continue à s'acquitter de sa propre part de cotisations.

Dans les autres cas de suspension (notamment en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, ...) les garanties sont en principe suspendues à l'expiration de la période de maintien prévue par l'annexe 9 chapitre 1, article 9.2.b de la convention collective nationale de la Métallurgie sauf disposition plus favorable prévue par accord d'entreprise applicable aux salariés de la Société.

Ces salariés ont toutefois la faculté d'adhérer, à titre individuel, au régime d'accueil facultatif, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante et dans les conditions prévues au contrat d'assurance.

2.4. Portabilité

Les salariés qui bénéficient du présent régime et remplissent les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale bénéficieront, selon les modalités prévues par ces textes, de la portabilité du présent régime.

A l'issue de la période de portabilité, ils pourront adhérer au régime d'accueil proposé par l'organisme assureur, dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi « Evin ».

ARTICLE 3 – REGIME D'ACCUEIL FACULTATIF

Un régime d'accueil à adhésion facultative et dont les cotisations, exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), sont intégralement à la charge des adhérents est mis en place par l'organisme assureur. A titre informatif, il est ouvert aux personnes définies à l'annexe 1 du présent accord.

Les conditions d'adhésion (bénéficiaires potentiels) sont définies à l'annexe 1 du présent accord. Il est rappelé que pour ce régime, les cotisations exprimées en pourcentage du PMSS sont intégralement à la charge des adhérents.

ARTICLE 4 – PRESTATIONS ET COTISATIONS

4.1. Prestations

Les prestations accordées dans le cadre du régime de base et du régime « Plus » facultatif, qui sont annexées au présent accord (annexe 2) ne sauraient constituer un engagement pour l'employeur, qui n'est tenu, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

GG
CH
CH
F.H

4.2. Montant des cotisations

La tarification pour la période du 1^{er} août 2024 au 31 décembre 2025 est décrite en annexes 3 et 4.

Les cotisations sont fixées à compter du 1^{er} août 2024.

- Cotisation obligatoire du régime de base

Tous les salariés visés à l'article 2.1 doivent cotiser au minimum au régime de base.

Le présent accord entraîne l'adhésion des salariés de la Société. Cette adhésion s'impose dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations, sauf dérogations prévues et justifiées à l'article 2.1.1.b du présent accord.

Les taux de cotisation mensuels sont la somme d'un taux en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et d'un taux en pourcentage du salaire limité à la Tranche B.

- Cotisation facultative du régime « Plus »

La cotisation facultative du régime « Plus » est entièrement à l'initiative et à la charge du salarié.

La cotisation mensuelle est exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

4.3. Evolution des prestations et des cotisations

- Les garanties et les cotisations du régime sont définies en fonction de l'état actuel de la législation. En cas de changement législatif ou réglementaire remettant en cause l'équilibre technique du régime pendant la durée d'application du présent accord, les parties signataires étudieront, sans délai, avec l'assureur, les mesures susceptibles de préserver cet équilibre.
Ces mesures devront prendre effet en même temps que les changements de législation.
- Les taux contractuels visés à l'article 4.2 pour le régime de base et le régime « Plus » facultatif sont garantis pendant une durée de 17 mois à compter du 1^{er} août 2024. A l'expiration de ce délai, toute évolution des taux contractuels fera l'objet d'une négociation et d'un avenant au présent accord.
- Les excédents éventuels du contrat alimentent une réserve selon les dispositions prévues au contrat d'assurance. En fonction du niveau de cette réserve et des résultats, un taux d'appel minoré pourra être arrêté chaque année par la Commission paritaire de suivi, étant entendu qu'elle ne pourra fixer un taux d'appel inférieur à 80% des taux contractuels (base 100%) (annexes 3 et 4).

ARTICLE 5 – REPARTITION DE LA COTISATION OBLIGATOIRE ENTRE L'ENTREPRISE ET LE SALARIÉ ACTIF

La cotisation obligatoire prévue par l'article 4.2 est prise en charge par l'entreprise à hauteur de 60% et par le salarié actif à hauteur de 40%.

Toute évolution des taux contractuels pourra faire l'objet d'une nouvelle négociation de sa répartition.

ARTICLE 6 – CHOIX DU PORTEUR DE RISQUE ET DU GESTIONNAIRE

Un organisme assureur et un organisme gestionnaire distinct en charge du règlement des prestations et du suivi des consommations et dépenses du régime ont été choisis en concertation avec les organisations syndicales.

Tout changement ultérieur sera arrêté après concertation avec les organisations syndicales signataires.

ARTICLE 7 – RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Dans l'hypothèse où le contrat collectif frais de santé serait résilié par l'assureur, la Direction réunirait les organisations syndicales dans un délai de 30 jours de la résiliation pour examiner une solution de substitution. S'il apparaissait que la substitution d'un nouvel assureur était impossible, le présent accord serait privé d'une condition déterminante de son application de telle sorte qu'il serait frappé de caducité et cesserait de s'appliquer au dernier jour de l'intervention de l'assureur.

La résiliation du contrat collectif n'a pas pour effet de substituer les entreprises adhérentes à l'organisme assureur dans l'obligation d'assurer le remboursement des frais de santé au personnel.

ARTICLE 8 – OBLIGATIONS D'INFORMATION

Il sera remis par tout moyen approprié, à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application ainsi que les cotisations.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, dans les mêmes conditions de toute modification des garanties ou des cotisations.

Les adhérents au régime d'accueil facultatif seront informés directement par le gestionnaire du régime.

ARTICLE 9 – COMMISSION PARITAIRE DE SUIVI

Une commission paritaire de suivi du régime de groupe santé tel qu'il résulte du présent accord est mise en place.

Elle est composée de deux représentants titulaires et de deux représentants suppléants désignés par chaque organisation syndicale signataire et de représentants de la Direction. Les représentants suppléants ne participeront aux réunions de la commission que lorsqu'ils sont amenés à remplacer un titulaire absent.

La commission paritaire de suivi est chargée du pilotage du régime complémentaire santé. Elle veille à l'équilibre du contrat ainsi qu'à la qualité du service rendu par le gestionnaire et formule le cas échéant des recommandations en vue de garantir sa pérennité.

GB
CH
CH
F. H

Elle est présidée par un représentant de la Direction et se réunit, sauf situation exceptionnelle, deux fois par an pour examiner notamment les résultats du contrat à mi année et à exercice échu.

ARTICLE 10 – DUREE DE L'ACCORD

Le présent accord prendra effet le 1^{er} août 2024 pour une durée indéterminée.

Pendant sa durée d'application, l'accord pourra être révisé et dénoncé selon les règles en vigueur.

L'accord portant révision (avenant) doit faire l'objet d'un dépôt dans les mêmes conditions que l'accord initial.

ARTICLE 11 – FORMALITES, PUBLICITE, NOTIFICATION ET DEPOT DE L'ACCORD

Un exemplaire original signé du présent accord sera remis à chaque partie ainsi qu'au greffe du Conseil de prud'hommes de Haguenau.

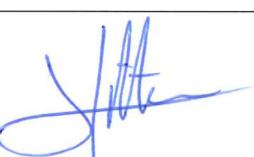
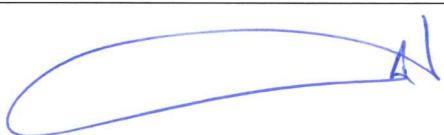
Après sa notification à toutes les organisations syndicales représentatives au sein de l'entreprise, le présent accord sera rendu public et déposé à l'initiative de la Direction sur la plateforme Téléaccords du Ministère du Travail.

Fait à Reichshoffen, le 26 juillet 2024 en 5 exemplaires.

Pour la société CAF Reichshoffen,

Monsieur GORKA GOMEZ	
----------------------	--

Pour les organisations syndicales représentatives,

Pour la CFE-CGC, Monsieur Christophe HITTER	
Pour la CGT, Monsieur Christophe HEITZ	
Pour FO, Monsieur Hervé FILLHARDT	

ANNEXE 1 – BENEFICIAIRES DU REGIME D'ACCUEIL FACULTATIF

A titre informatif, peuvent bénéficier du régime d'accueil sous réserve du paiement de la cotisation correspondante et dans les conditions prévues au contrat d'assurance

- o les salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale à compter du 1er janvier 2018
- o les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ; au-delà de 6 mois pour les congés parentaux d'éducation
- o les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu
- o au-delà de la période de portabilité, les salariés cessant d'appartenir à l'entreprise en France à la suite d'une rupture du contrat de travail tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle sous réserve qu'ils soient indemnisés par Pôle emploi,
- o les conjoints et les ayants droit des adhérents décédés au-delà de la période de maintien prévue à l'article 2.1.1 du présent accord

BB
CH
CP
FH

ANNEXE 2 : GARANTIES REGIME DE BASE ET REGIME « PLUS » FACULTATIF CONFORMES AU CAHIER DES CHARGES

Tableau de garanties 2024

CAF Reichshoffen Ensemble du personnel	BASE OBLIGATOIRE + REGIME « PLUS » FACULTATIF	
	BASE OBLIGATOIRE	BASE OBLIGATOIRE + REGIME « PLUS » FACULTATIF
Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dès lors qu'elle intervient.	Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite des frais engagés	Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite des frais engagés
Frais de séjour	300% BR	400% BR
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR + TM
Forfait journalier hospitalier [3]	100% DE sans limitation de durée	100% DE sans limitation de durée
Non remboursé par la Sécurité sociale		
Participation forfaitaire sur les actes techniques	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Non remboursée par la Sécurité sociale		
HOSPITALISATION		
(1) en établissement conventionné ou non [2]	Par nuitée Par journée [hospitalisation en ambulatoire] Maison de convalescence - par jour	90 € 90 € 60 €
Chambre particulière [4]	Non remboursée par la Sécurité sociale	
Frais d'accompagnement [4]	Non remboursé par la Sécurité sociale	
Forfait patient urgence	40 €	Sans reste à payer [7]
Allocation maternité ou adoption	Par famille	300 €
Non remboursée par la Sécurité sociale		
Accord collectif d'		

malakoff
humanis

CH 66
T-H

BASE OBLIGATOIRE		BASE OBLIGATOIRE + RÉGIME "PLUS" FACULTATIF	
Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)
Soins			
Soins conservateurs remboursées par la Sécurité sociale, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	250€ BR	350€ BR	350€ BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale- par an et par bénéficiaire	50% DE dans la limite de 500€	50% DE dans la limite de 650€	50% DE dans la limite de 650€
Prothèses autres que 100 % Santé			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés [inlay-onlay, couronne provisoire, inlay-core, couronne, bridge, inter de bridge, Couronne sur implant, prothèse amovible ou réparation]	350€ BR	400€ BR	400€ BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs libres [inlay-onlay, couronne provisoire, inlay-core, couronne, bridge, inter de bridge, Couronne sur implant, prothèse amovible ou réparation]	350€ BR	350€ BR	350€ BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes, piliers de bridges sur dents non délabrées [vivantes], bridges sur implants, réparations sur prothèses [sauf les réparations à caractère esthétique] - Par prothèse	295,63 €	376,25 €	376,25 €
Implantologie			
DENTAIRE auprès d'un professionnel			
Fausse racine non remboursée par la Sécurité Sociale - Par acte - limité à 3 actes par an et par bénéficiaire	360 €	390 €	390 €
Pilier implantaire non remboursé par la Sécurité Sociale - Par acte - limité à 3 actes par an et par bénéficiaire	240 €	260 €	260 €
Orthodontie (5)			
Remboursée par la Sécurité sociale - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	250€ BR	300€ BR	300€ BR
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250€ BR	300€ BR	300€ BR

	BASE OBLIGATOIRE	BASE OBLIGATOIRE + REGIME "PLUS"
	BASE OBLIGATOIRE	FACULTATIF
Équipement 100 % Santé** (classe A)	Y compris l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appariage des verres par l'opticien ***	sans reste à payer [8]
Équipement autre que 100 % Santé (9) (classe B)		sans reste à payer [8]
OPTIQUE		
Pour tous les cas de renouvellement, y compris anticipés, se référant aux Conditions générales		
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables - par an et par bénéficiaire [6]	200 € minimum TM	300 €
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables - par an et par bénéficiaire [6]	150 €	250 €
Chirurgie optique réfractive	Par paire	50% DE dans la limite de 500€
		50% DE dans la limite de 650€
AIDE AUDITIVE DU ÉQUIPEMENT		
par oreille renouvellement par appareil tous les 4 mois		
Accessoires et fournitures		
Remboursés par la Sécurité sociale	400% BR	500% BR

	BASE OBLIGATOIRE	BASE OBLIGATOIRE + RÉGIME "PLUS"
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%	TM	TM
Médicaments remboursés à 30%	TM	TM
Médicaments remboursés à 15%	TM	TM
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	-	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	30% DE	80% DE
Médecine additionnelle et de prévention		
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
SOINS COURANTS après d'un professionnel conventionné ou non (2)		
Dans la limite de 10 consultations par an et par bénéficiaire pour la totalité des consultations de chiropracteur, acupuncteur, étiopathe, Méthode Mézières et ostéopathe		
Etiopathie, Méthode Mézières, ostéopathie - par consultation	50% DE dans la limite de 1% PMSS	1% PMSS
Chiropracteur, acupuncteur - par consultation	-	1% PMSS
Psychomotricien - par consultation et par Bénéficiaire dans la limite de 20 séances par an	50% DE dans la limite de 0,67% PMSS	50% DE dans la limite de 0,67% PMSS
Osteodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	50% DE dans la limite de 3,33% PMSS	50% DE dans la limite de 3,33% PMSS
Honoraire de psychologue		
Dans la limite de 8 consultations par an et par bénéficiaire		
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale (dispositif Mon soutien Psi) (10)	TM	TM
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	TM	TM
Actes de prévention		
Services		
		Assurance de base AUXIA et Téléconsultation + Réseaux de soins

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. SS = Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. BRR = Base de

* Dispositifs de pratiques tarifaires mutualisés OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour avoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire santé ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La dépense se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, les chirurgies esthétique.
- (2) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) La prise en charge est limitée à 180 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (5) Les forfaits sont calculés et priorisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indique pour une même pathologie conjointe, un seul forfait prioritaire est remboursé. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait prioritaire est remboursé.
- (6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
- (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.
- (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.
- (9) Définition des verres dans le contexte responsable :

Verre simple :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptrées
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrées et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrées
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptrées

Verre complexe :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptrées
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrées et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptrées
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptrées et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrée
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptrées
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptrées
- Verre multifocal ou progressif sphérique sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptrées et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00 dioptrées
- Verre multifocal ou progressif sphérique sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptrées

Verre très complexe :

- Verre multifocal ou progressif sphérique sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptrées
- Verre multifocal ou progressif sphérique sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptrées et dont le cylindre est supérieur à -4,00 dioptrées
- Verre multifocal ou progressif sphérique sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptrées et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrée
- Verre multifocal ou progressif sphérique sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptrées

[10] Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale : liste disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr

ANNEXE 3 : COTISATIONS MENSUELLES - BASE 2024

ALSACE MOSELLE

REGIME ALSACE- MOSELLE*	Taux contractuels	
	Sur PMSS	Sur TA TB
Régime Socle obligatoire	2,20%	0,54%
Régime « Plus » facultatif	0,50%	-

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3.864€ en 2024)

TA : Tranche de salaire limité au plafond de la Sécurité sociale (46.368 € en 2024)

TB : Tranche de salaire comprise entre un plafond Sécurité sociale (46.368 € en 2024) et 4 plafonds Sécurité sociale 185.472 (€ en 2024).

Compte tenu du niveau de la réserve du régime lors de la signature de l'accord, il est convenu d'appeler la cotisation sur la base des taux suivants pour 2024 :

Régime ALSACE-MOSELLE	Taux appelés	
	Sur PMSS	Sur TA TB
Régime socle obligatoire	1,83%	0,45%
Régime « plus » facultatif	0,418%	-

ANNEXE 4 : COTISATIONS MENSUELLES - BASE 2024
HORS ALSACE MOSELLE

REGIME GENERAL	Taux contractuels	
	Sur PMSS	Sur TA TB
Régime Socle obligatoire	3,36%	0,83%
Régime « Plus » facultatif	0,50%	-

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3.864€ en 2024)

TA : Tranche de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale (46.368€ en 2024)

TB : Tranche de salaire comprise entre un plafond Sécurité sociale (46.368€ en 2024) et 4 plafonds Sécurité sociale 185.472 (€ en 2024).

Compte tenu du niveau de la réserve du régime lors de la signature de l'accord, il est convenu d'appeler la cotisation sur la base des taux suivants pour 2024 :

Régime Général	Taux appelés	
	Sur PMSS	Sur TA TB
Régime socle obligatoire	2,8%	0,69%
Régime « plus » facultatif	0,418%	-

66
CH
CH
F.11