

Accord collectif instituant un régime complémentaire de remboursement « frais de santé » pour les fonctionnaires et agents contractuels de droit public de Orange SA

Entre les soussignés :


La société Orange SA dont le siège social est situé 78 à 84 rue Olivier de Serres 75505 Paris cedex 15, représentée par Monsieur Jérôme Barré, en sa qualité de Directeur Exécutif en charge des Ressources Humaines Groupe,

d'une part,

Et les organisations syndicales représentatives :

- pour la CFDT-F3C, M ou Mme JUILLARD M. Hiline dûment mandaté-e
- pour la CFE-CGC Orange, M ou Mme gwen Poulain dûment mandaté-e
- pour la CGT-FAPT, M ou Mme CARVALHO Cédric dûment mandaté-e
- pour FO-COM, M ou Mme Martine Gillet dûment mandaté-e
- pour SUD-PTT, M ou Mme NIVELET Jean-Michel dûment mandaté-e

d'autre part,

 JB
NSH
HHS
ce
AG

Préambule

Le présent accord, concernant la mise en place d'un régime complémentaire de frais de santé au bénéfice des fonctionnaires et agents contractuels de droit public de Orange SA, résulte d'une forte implication des organisations syndicales et de la volonté partagée avec l'entreprise de proposer une couverture santé répondant aux attentes des personnels concernés.

L'accord du 6 février 2015 a marqué la première étape dans la prise en compte de la couverture frais de santé des fonctionnaires.

Dans cet accord, la direction d'Orange s'est engagée auprès de ses partenaires sociaux à mener toutes les actions nécessaires auprès des autorités compétentes en vue de faire évoluer la loi et de permettre la mise en place d'un régime collectif obligatoire de frais de santé pour les fonctionnaires.

La loi n°2016-483 du 20 avril 2016, deuxième étape indispensable, a autorisé Orange à mettre en place un tel régime en faveur de ses fonctionnaires.

Compte tenu des enjeux et de la complexité d'un tel projet, des travaux préparatoires ont commencé dès juin 2015 avec l'ensemble des organisations syndicales.

A l'issue de ces travaux, la négociation avec les organisations syndicales représentatives a débuté fin 2016 dans une perspective visant à répondre à 3 objectifs majeurs :

- offrir le meilleur niveau de garanties adapté aux besoins de la population à couvrir dans un contrat collectif obligatoire, cohérent pour l'ensemble des personnels,
- à effet du 1^{er} janvier 2018,
- pour un coût salarial optimisé par rapport à la situation actuelle des fonctionnaires et agents contractuels de droit public, en particulier par rapport aux garanties santé proposées.

Un appel d'offres a été réalisé auprès de 5 organismes d'assurance sélectionnés conjointement par les organisations syndicales et la Direction à partir d'un cahier des charges validé entre tous. Le choix de l'assureur a fait l'objet d'une décision partagée par tous les participants à la négociation.

L'ensemble de ces travaux a permis de nourrir les échanges et les propositions pour aboutir au présent accord qui vise à une meilleure équité entre tous les salariés au sein de l'entreprise. Pour l'entreprise, il s'inscrit pleinement dans la Promesse Orange.

En application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, les organisations syndicales et la Direction d'Orange ont convenu ce qui suit :

NSA CC 16

MHS JB -

Article I. Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé pour les fonctionnaires et agents contractuels de droit public de Orange SA tels que définis à la section 3.02 du présent accord.

Article II. Organisme assureur

Le régime « frais de santé » sera assuré dans le cadre d'un contrat souscrit auprès de La Mutuelle Générale.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur. A cet effet, les parties se réuniront 6 mois avant l'échéance, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative du présent accord par avenant.

Article III. Périmètre des bénéficiaires

Section 3.01 Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime « frais de santé » est obligatoire pour tous les bénéficiaires mentionnés à la section 3.02 « les adhérents » du présent accord.

Cet accord s'impose, en conséquence, dans les relations individuelles de travail et les bénéficiaires ne pourront s'opposer, le cas échéant, au précompte de leur quote-part de cotisations.

Ce caractère obligatoire est apprécié sous réserve des dispositions visées à la section 3.03 dispenses d'adhésion.

Section 3.02 Les adhérents

Le présent accord s'applique aux fonctionnaires et aux agents contractuels de droit public de Orange SA placés en position d'activité telle que définie dans l'article 33 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984.

Les garanties « frais de santé » sont mises en place à titre obligatoire pour les fonctionnaires et agents contractuels de droit public :

- exerçant leur activité à temps plein, à temps partiel ou en temps libéré dans le cadre du dispositif de temps partiel sénior tel que défini par les accords des 26/11/2009 et 31/12/2012 sur l'emploi des séniors et les mesures en faveur des 2^{èmes} parties de carrière ainsi que l'accord Intergénérationnel du 23/12/2015,
- en absence pour raisons médicales (congé ordinaire de maladie, congé de longue durée, congé de longue maladie, congé d'accident de service) ou mis en disponibilité d'office pour raisons de santé avec prestations en espèces de l'assurance maladie ou l'assurance invalidité de la sécurité sociale servies par l'employeur,
- en formation rémunérée,
- en tous autres motifs d'absence donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (congé de maternité ou d'adoption, congé pour validation des acquis de l'expérience ...).

Les fonctionnaires qui reviennent en position normale d'activité après une période de détachement, de mise en position hors cadre, de disponibilité autre que pour raisons médicales seront obligatoirement affiliés dès le premier jour de leur réintégration.

Section 3.03 Dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation au présent régime des fonctionnaires et agents contractuels de droit public mentionnés section 3.02, les dispenses d'adhésion prévues par la législation en vigueur sont applicables.

Ont la faculté de refuser d'adhérer au régime, les fonctionnaires et agents contractuels de droit public qui :

- bénéficient d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les adhérents cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

- sont couverts par une assurance « frais de santé » individuelle au moment de la mise en place des garanties.

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

- à condition de le justifier chaque année, bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

- ✓ dispositif de remboursement de « frais de santé » remplissant les conditions mentionnées aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un fonctionnaire ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint ~~salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire~~) ;
- ✓ régime local d'Alsace-Moselle ;
- ✓ régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- ✓ mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- ✓ contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- ✓ régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- ✓ caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

La faculté de dispense relève d'un libre choix du fonctionnaire ou de l'agent contractuel de droit public. Il est explicitement exprimé par celui-ci et ne peut donc en aucun cas lui être imposé.

Dans tous les cas susvisés, le fonctionnaire ou agent contractuel de droit public fera parvenir sa demande, par écrit, accompagnée le cas échéant, du ou des justificatif(s).

La demande de dispense fera mention que le fonctionnaire ou agent contractuel de droit public a bien été informé par l'employeur des conséquences de son choix.

A défaut de respecter les prescriptions détaillées dans la demande de dispense, le fonctionnaire ou agent contractuel de droit public sera automatiquement affilié au régime collectif et obligatoire de remboursement de « frais de santé ».

Section 3.04 Les ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues à l'article V « conjoints cotisants », la cotisation visée à l'article VIII est uniforme quelle que soit la situation de famille de l'adhérent.

~~La notion de famille couvre pour chaque adhérent :~~

- son conjoint, son concubin ou partenaire lié par un PACS, n'exerçant pas d'activité rémunérée et ne percevant ni d'indemnités journalières, ni de pension de retraite, ni de rente d'invalidité. La reprise d'activité doit être notifiée à l'organisme assureur dès le changement de situation. Le bénéfice de la couverture à titre gratuit prend fin le premier jour du mois qui suit la reprise ;
- les enfants à charge de l'adhérent

Ont la qualité d'enfants à charge, les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, de son concubin, ou de son partenaire lié par un PACS, à condition que l'adhérent ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants de l'adhérent, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire :

 - ✓ s'ils sont âgés de moins de 20 ans sans condition,
 - ✓ ou s'ils sont âgés de 20 ans à moins de 26 ans et :
 - poursuivent leurs études ou sont à la recherche d'un premier emploi,
 - sont sous contrat de formation en alternance et perçoivent une rémunération inférieure au SMIC,
 - ✓ ou, sans limite d'âge, s'ils sont en état d'incapacité de travail.
 - ✓ ou, sans limite d'âge, s'ils sont handicapés et perçoivent à ce titre l'allocation aux adultes handicapés
- l'ascendant à charge fiscalement

Article IV. Aide au financement d'une complémentaire santé

Le présent accord se substitue à l'accord portant sur une aide au financement de la couverture complémentaire santé des fonctionnaires et agents contractuels de droit public de Orange SA du 6 février 2015 conformément à son article 5.

Toutefois, Orange SA consent, pour l'année 2018, à maintenir, cette aide au financement dans les mêmes conditions que celles prévues par ledit accord pour tous les fonctionnaires et agents contractuels de droit public bénéficiaires d'un cas de dispense d'adhésion au présent régime collectif et obligatoire frais de santé.

Article V. Conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) cotisant

Pour bénéficier du régime de remboursement de frais de santé, le conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) de l'adhérent bénéficiaire percevant un revenu, de quelque nature que ce soit, devra s'acquitter directement auprès de l'assureur d'une contribution d'un montant de 929 € pour le régime général et 561 € pour les conjoints relevant du régime Alsace-Moselle (valeur 2018). A partir du 1^{er} janvier 2019, les cotisations seront indexées sur le plafond de la sécurité sociale.

Compte tenu de l'objectif d'équilibre technique et financier, si le compte annuel du régime conjoints cotisants présente un ratio prestations/cotisations inférieur à 90% ou supérieur à 110%, la cotisation sera automatiquement revue de 10%, à la hausse si le ratio est de 110% ou à la baisse si le ratio est de 90%.

Quel que soit le déficit ou l'excédent constaté, cette augmentation ou cette baisse de cotisation ne pourra être supérieure à 10% pour une année donnée.

Article VI. Suspension des garanties

Dès lors que l'adhérent ne perçoit plus de revenu de la part d'Orange SA ou des prestations en espèces de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de la sécurité sociale, les garanties sont suspendues de plein droit pendant toute la durée de la suspension de fonction de l'adhérent.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due.

Article VII. Prestations

Les garanties sont décrites en annexe 1. Elles répondent aux obligations fixées par le cahier des charges des contrats « responsables » prévu aux articles R. 871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le versement des prestations figurant en annexe 1 relève de la responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties. L'engagement de la société, à l'égard des fonctionnaires et agents contractuels de droit public consiste au versement des cotisations.

~~Ces garanties seront, si nécessaires, adaptées en cas d'évolution législative, réglementaire ou~~ découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable. Ces ajustements interviendront lors de l'entrée en vigueur du (ou des) texte(s) susvisé(s).

Dans l'hypothèse visée au précédent alinéa, les parties signataires conviennent de se concerter si nécessaire, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Article VIII. Cotisations

Section 8.01 Taux et assiette de la cotisation

La cotisation est assise sur la rémunération brute perçue.

La rémunération brute perçue s'entend par l'ensemble des éléments de rémunération, en espèces ou en nature (hors éléments spécifiques, notamment intéressement, participation, abondement).

Le taux de la cotisation est fixé à 3,38% de la rémunération brute perçue. La cotisation est prélevée mensuellement.

Quelle que soit la quotité travaillée, une cotisation annuelle minimale de 1,42% du plafond annuel de la sécurité sociale est fixée. La cotisation annuelle maximale est fixée à 4,24% du plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour le personnel relevant du régime local d'Alsace Moselle, le taux de la cotisation est fixé à 2,37 % de la rémunération brute perçue.

Quelle que soit la quotité travaillée, une cotisation annuelle minimale de 1 % du plafond annuel de la sécurité sociale est fixée, la cotisation annuelle maximale est fixée à 2,99 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

La cotisation sera ajustée mensuellement de façon à respecter les minima et maxima annuels comme indiqué ci-dessus.

Section 8.02 Répartition

La cotisation est répartie de façon uniforme comme suit :

- ✦ participation de l'employeur : 60%
- ✦ participation de l'adhérent : 40%

La cotisation est donc ainsi répartie :

	taux de cotisation adhérent	taux de cotisation employeur
	1,35%	2,03%
Personnel relevant du régime local d'Alsace Moselle	0,95%	1,42%

Section 8.03 Evolution ultérieure de la cotisation

En l'absence de modifications législatives ou réglementaires, les taux de cotisation définis à la section 8.01 sont fixés pour la période allant de la date d'effet du présent accord au 31 décembre 2019.

Au-delà de cette période, les cotisations pourront être révisées en cas de modifications législatives ou réglementaires et au vu des résultats techniques du régime présentés en commission de suivi.

La révision des cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

En cas de déficit du régime et à défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

Article IX. Information

Section 9.01 **Information individuelle**

En sa qualité de souscripteur, Orange SA mettra à disposition de chaque adhérent concerné, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions du contrat d'assurance. Il en sera de même à chaque modification ultérieure de ce contrat.

Section 9.02 **Information collective**

Une commission de suivi de l'application de cet accord, dénommée commission de suivi de l'accord « frais de santé » pour les fonctionnaires et agents contractuels de droit public se réunira 3 fois par an.

Cette commission sera constituée des représentants d'Orange SA et les organisations syndicales signataires du présent accord.

Cette commission aura notamment pour mission

- d'examiner les comptes de résultats établis au 30 juin, 30 septembre et 31 décembre de chaque année
- d'analyser les restes à charge avant et après remboursement du régime complémentaire santé
- d'analyser l'évolution des tendances observées, de suivre les évolutions législatives ou réglementaires et de préparer les actions d'information et de sensibilisation à destination des adhérents
- de proposer éventuellement des actions préventives dans le cadre du plan de maîtrise des dépenses de santé.

Article X. Durée, révision, dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2018.

Il pourra à tout moment être modifié ou dénoncé, en respectant la procédure prévue aux articles L. 2261-7-1 et suivants du Code du travail.

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt.

Les conséquences de cette dénonciation sont régies, notamment, par les articles L. 2261-10 et L. 2261-11 du Code du travail.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance précité entraîne de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

Article XI. Publicité et dépôt de l'accord

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du Travail, cet accord sera déposé auprès du Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris en un exemplaire. Deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique seront transmis à la DIRECCTE de Paris.

Conformément à l'article L. 2231-5-1 du code du Travail, cet accord sera publié en ligne dans un standard ouvert aisément réutilisable.

Conformément à l'article 2 du décret 2017-752 du 3 mai 2017, la version déposée ne comportera pas les noms et prénoms des personnes signataires.

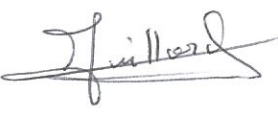

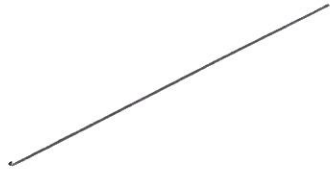

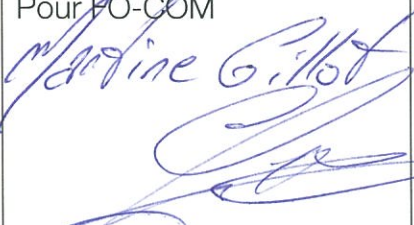
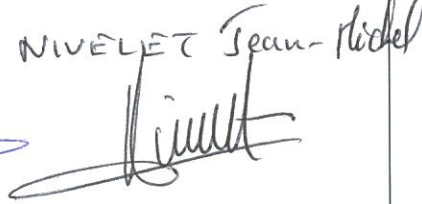
Un exemplaire sera également établi pour chaque partie.

Fait à Paris, le 9 octobre 2017

~~La Direction, pour Orange SA,
Jérôme Barré~~

~~Directeur Exécutif en charge des Ressources Humaines Groupe~~

Les organisations syndicales,

Pour la CFDT-F3C M. SUILLARD D. Hélien 	Pour la CFE-CGC Orange M. Jean-François 	Pour la CFTC 
Pour la CGT-FAPT M. CARVALHO Cédric 	Pour FO-COM M. Marine Gilot 	Pour SUD-PTT M. NIVELET Jean-Richard 

Réserve CFE-CGC:

- la CFE-CGC souhaite une collaboration sans pleffonc afin que les plus vulnérables puissent réellement bénéficier.
- la CFE-CGC souhaite l'ouverture d'une négociation collective pour tous les salariés fonctionnaires et salariés de droit privé afin de bénéficier de meilleurs tarifs en partant en retraite.
- la CFE-CGC souhaite l'ouverture d'une négociation collective pour les fonctionnaires sur la prévoyance, incapacité, décès, invalidité...
- la CFE-CGC souhaite la fusion des 2 régimes santé en contrats collectifs des salariés de droit privé et fonctionnaires à titre.

ANNEXE 1 1/2

Garanties frais de santé à compter du 1 ^{er} janvier 2018		
GARANTIES	Limite des remboursements en % des dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
FRAIS D'HOSPITALISATION ⁽¹⁾	Hôpital conventionné ou non conventionné	
Frais de séjour	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	médecins NON signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾
	100% des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	100% du ticket modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 125 % MR
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 18 €/ jour	
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)	
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, par jour ⁽²⁾	
FRAIS DE MALADIE	Parcours de soins respecté ⁽³⁾ et enfants de moins de 18 ans les franchises médicales ⁽⁴⁾ et la participation forfaitaire ⁽⁵⁾ ne sont pas remboursées	
Consultation-visite	médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	médecins NON signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾
- généraliste	100% des frais réels dans la limite de 200 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)
- spécialiste, professeur	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	100 % des frais réels dans la limite de 185,71 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	
Analyses, Auxiliaires médicaux	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	
Prothèses auditives	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	
Autres prothèses médicales, orthopédie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)	
Ostéodensitométrie	100% des frais réels dans la limite de 31 € par an	
Pharmacie	100% des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ⁽⁴⁾	
Ostéopathie-chiropractie-psychologue-diététicien- sophrologues	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
FRAIS DE CURES THERMALES remboursés par la sécurité sociale	1 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ , par jour, dans la limite de 21 jours	

ANNEXE 1 2/2

Garanties frais de santé à compter du 1 ^{er} janvier 2018	
GARANTIES	Limite des remboursements en % des dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du du montant remboursé par la sécurité Sociale (MR)
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Dents de devant : 500% du montant remboursé par la sécurité sociale dans la limite des frais réels Dents du fond : 400% du montant remboursé par la sécurité sociale dans la limite des frais réels
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 350 % du montant remboursé par la sécurité sociale (MR)
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la sécurité sociale ⁽⁶⁾	80 % des frais réels dans la limite de : - par dent de devant : 391 € - par dent du fond : 310 € - orthodontie : 580 € par semestre
Implants dentaires	100% des frais réels dans la limite de 28% du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ par an
OPTIQUE	
Verres remboursés par la sécurité sociale (la paire)	100 % des frais réels dans la limite de ⁽⁷⁾ : 20 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ pour les verres complexes 15 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ pour les verres moyens 8 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ pour les verres simples limitation à 2 verres par personne tous les deux ans ⁽⁸⁾ (1 équipement par an si changement de dioptrie ou pour les moins de 18 ans)
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 15% du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale y compris lentilles jetables	100 % des frais réels dans la limite de 10 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ par personne et par an
Montures	100 % des frais réels (moins MR), dans la limite de 150 €, si l'achat est effectué dans le réseau de soins 95 % des frais réels (moins MR), dans la limite de 150 € si l'achat est effectué hors réseau de soins limitation à une monture par personne tous les deux ans ⁽⁸⁾ (1 équipement par an si changement de dioptrie ou pour les moins de 18 ans)
Chirurgie réfractive	100% des frais réels dans la limite de 24% du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ par oeil
FRAIS DE NAISSANCE/ADOPTION (y compris l'hospitalisation)	forfait égal à 40% du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽²⁾ par enfant ⁽⁹⁾ à l'exclusion de tout autre remboursement

IMPORTANT : Le régime de remboursement de frais de santé est géré dans le cadre d'un "contrat responsable" et prévoit donc :

- de ne pas rembourser la participation forfaitaire pour les actes et consultations des médecins et actes de biologie médicale, ni les franchises médicales sur la pharmacie, le transport et les actes effectués par les auxiliaires médicaux ;

- Hors Parcours de soins, l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration du ticket modérateur ou du dépassement d'honoraires en cas de non passage par le médecin traitant ou de refus d'accès au dossier médical.

- une différence d'au moins 20% de la BR entre les remboursements d'honoraires des médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO et les médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO. Dans tous les cas, la prise en charge des dépassements d'honoraires est limitée à 100% de la BR

(1) Sont exclus les frais de chirurgie esthétique (sauf TM)

(2) Valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale à la date des soins. PMSS 2017 : 3 269 €. PMSS 2018 : non connu à ce jour

(3) Hors parcours de soins, la prise en charge est limitée à 80% des frais réels, plafonnée à 100% du MR pour les généralistes, à 150% du MR pour les spécialistes et à 200% du MR pour les actes techniques effectués par les médecins

(4) Les franchises médicales fixées depuis 2006 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux

(5) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie

(6) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature sécurité sociale (CCAM)


(7) Sous réserve que les garanties exprimées en % du PMSS ne dépassent pas les plafonds fixés dans le cadre des contrats responsables, soit 320 € (paire de verres simples), 600 € (paire de verres mixtes) ou 700 € (paire de verres hypercomplexes)

(8) 2 paires de lunette tous les 2 ans en cas de besoin de double équipement (ex correction de la myopie et et de la presbytie)

(9) il n'est versé qu'un seul forfait par naissance

* : quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 100% de la BR

Ces garanties sont assorties d'une convention d'assistance à domicile (exemple, aide-ménagère, garde d'enfants ...) dans les conditions prévues par l'assureur.

 NSH CC ALG
MHS JB