

MUTUELLE ET PREVOYANCE DES SALARIES DES ETABLISSEMENTS EQUESTRES

Les employeurs se sont vus imposer de nouvelles obligations envers leurs salariés non cadres en matière de **mutuelle** dès le **01/01/2016**, puis en matière de **prévoyance-décès** à compter du **01/01/2017**.

Les obligations en matière d'affiliation à des organismes de mutuelle et de prévoyance varient selon que le salarié est cadre ou assimilé, ou non-cadre. Elles existaient déjà pour les salariés à partir du coefficient 150.

	Salariés non-cadres Coefficients 100 à 130	Salariés cadres et assimilés Coefficient 150 à 193
Mutuelle (frais de santé)	Sauf cas de dispense* justifié auprès de l'employeur, obligation d'affiliation à une mutuelle respectant les garanties minimales prévues par la convention collective. Voir tableau p.4 pour les non-cadres et p.6/7 pour les cadres et assimilés.	
Prévoyance	Obligation d'affiliation à une prévoyance-décès respectant les garanties prévues par la convention collective. Pas de cas de dispense possible. Concerne tous les salariés quel que soit le contrat de travail (voir tableau p.5).	Obligation d'affiliation à une prévoyance couvrant les risques invalidité, incapacité, décès respectant les garanties prévues par la convention collective. Pas de cas de dispense possible. Concerne tous les salariés quel que soit le contrat de travail (voir tableau p.8).
Organisme recommandé par la convention collective	Appgis : www.apgis.com	CPCEA : www.groupagricola.com

***Cas de dispense possibles de la mutuelle (ou frais de santé) :**

- ▶ Salariés ou apprentis en CDD d'au moins 12 mois, à condition de fournir à l'employeur une attestation de couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- ▶ Salariés ou apprentis en CDD de moins de 12 mois, sans qu'il soit nécessaire de justifier d'une autre affiliation souscrite par ailleurs ;
- ▶ Salariés à temps partiel ou apprentis dès lors que leur cotisation à la mutuelle d'entreprise serait égale ou supérieure à 10% de leur rémunération brute ;
- ▶ Salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS, sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de l'un de ces dispositifs. La dispense ne joue que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de ce dispositif ;
- ▶ Salariés qui, lors de l'embauche, sont déjà couverts par un contrat individuel. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance de ce contrat individuel et les salariés devront produire tout document attestant du contrat individuel et de son échéance ;
- ▶ Les salariés couverts, pour les mêmes risques, en qualité d'ayants-droit dans le cadre d'un contrat de mutuelle prévoyant la couverture des ayants-droit à titre obligatoire.

Attention : Les justificatifs de dispense doivent être communiqués **chaque année** à l'employeur par le salarié qui souhaite en bénéficier.

LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Ma compagnie d'assurance me propose une mutuelle financièrement plus intéressante mais ne couvrant pas les lunettes à la même hauteur que ce que prévoit l'accord collectif. J'ai demandé à mes salariés, ils préfèrent prendre la moins chère, est-ce possible ?

Non. Les garanties prévues par l'accord signé par les partenaires sociaux constituent un socle minimum obligatoire qui doit être respecté même dans le cas où un autre assureur que celui recommandé dans l'accord serait choisi. Le respect de ce socle minimum de garanties doit se faire ligne par ligne.

J'ai trouvé une mutuelle moins chère, est-il possible de la prendre, est-ce qu'il y a des points particuliers à vérifier ?

Oui, il est possible de choisir un organisme de mutuelle différent de celui recommandé à condition de respecter, ligne par ligne, le socle minimum de garanties prévu dans l'accord signé par les partenaires sociaux.

Dans mon entreprise, seule ma fille est salariée, nous ne voulons pas de mutuelle, est-ce obligatoire ?

Oui, il est obligatoire, pour tout employeur, de proposer une mutuelle à ses salariés.

L'une de mes salariées est déjà couverte par la mutuelle de son mari, doit-elle prendre la mutuelle du club ?

L'accord signé par les partenaires sociaux prévoit des cas de dispense dont celui-ci. Il appartient néanmoins à la salariée de justifier cette couverture auprès de son employeur.

Attention, si vous ne passez pas par l'organisme recommandé par les partenaires sociaux, les cas de dispenses doivent être prévus dans le contrat auquel vous aurez souscrit.

J'ai un salarié qui a déjà une mutuelle, il préfère la garder car certains soins sont mieux remboursés. Est-ce possible ?

S'il s'agit d'une couverture individuelle, le salarié ne pourra la conserver que jusqu'à sa date d'échéance. Il devra en effet procéder à la résiliation de son contrat.

Si ce salarié est couvert par son conjoint ou ses parents dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, il doit justifier cette couverture auprès de son employeur.

Ma salariée a deux enfants, ils seront couverts par la mutuelle du club sans payer plus cher ?

L'accord signé par les partenaires sociaux prévoit une mutuelle individuelle pour le salarié, prise en charge conjointement par le salarié et l'employeur.

La salariée aura, si elle le souhaite, la possibilité d'y rattacher ses enfants. Il y aura alors un coût supplémentaire à la charge uniquement de la salariée.

Je veux prendre la mutuelle dans la compagnie d'assurance dans laquelle j'ai déjà tous mes contrats, est-ce possible ? Comment faire ?

Le choix de l'organisme de mutuelle reste libre. La seule chose à respecter si vous souhaitez passer un contrat avec un autre organisme que celui recommandé par les partenaires sociaux, est de veiller à respecter le socle minimum de garanties prévu dans l'accord, ainsi que les cas de dispenses.



QUELS SONT LES RISQUES PAR **L'EMPLOYEUR** EN CAS DE DEFAUT DE SOUSCRIPTION A UN CONTRAT DE MUTUELLE OU DE PREVOYANCE ?

En ce qui concerne le défaut de mise en place d'un contrat de mutuelle :

L'employeur qui n'aurait pas souscrit de contrat au profit de ses salariés pourrait voir sa responsabilité engagée par ces derniers. En effet :

- en l'absence de couverture de frais de santé, le salarié ne pourra pas être remboursé des dépenses médicales dont il a dû s'acquitter. L'employeur étant responsable de cette situation, le salarié pourrait donc lui demander des dommages et intérêts, évalués au moins par rapport aux remboursements dont il aurait pu bénéficier sur la base du barème conventionnel ;

- si le salarié bénéficie de sa propre mutuelle et que l'employeur ne lui a pas proposé d'adhérer à un contrat mis en place par l'entreprise, le salarié pourrait réclamer à son employeur des dommages et intérêts. Ceux-ci pourraient s'élever au minimum à la part de la cotisation devant être prise en charge par l'employeur, voire même plus si le salarié ne peut bénéficier des garanties minimum prévues par la convention collective.

La responsabilité de l'employeur pourrait également être engagée en cas de contrôle MSA. En effet, la part patronale de la cotisation frais de santé est exonérée de cotisations dès lors que le contrat mis en place respecte les conditions prévues par la convention collective. A défaut, la MSA pourra opérer un redressement des sommes que l'employeur n'aura pas soumis aux cotisations sociales.

En cas de défaut de souscription d'un contrat de prévoyance-décès :

La cotisation de prévoyance-décès prévue par la convention collective permet à la famille du salarié de bénéficier, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de celui-ci, de garanties venant s'ajouter à celles prévues par le régime de base de la MSA. Il s'agit notamment du versement d'un capital et d'une rente éducation.

En cas de décès de l'un de ses salariés, si l'employeur n'a pas souscrit à un régime de prévoyance-décès, la famille du salarié ne percevra pas ces garanties supplémentaires. Compte tenu de ce défaut de souscription, **il appartiendra à l'employeur de verser lui-même aux ayants-droits l'ensemble des garanties dont aurait dû bénéficier le salarié.** Attention, cela représente des sommes importantes car le montant du capital décès est égal au salaire que percevait le salarié. La rente éducation quant à elle est calculée en pourcentage de salaire en fonction de l'âge du ou des enfants et peut être versée jusqu'à leurs 26 ans.

De plus, dans les deux cas, il existe également un réel risque prud'homal de la part d'un salarié qui serait en droit de réclamer des dommages et intérêts compte tenu de la faute commise par son employeur de ne pas l'avoir affilié à l'un de ces deux régimes.

GARANTIES COLLECTIVES « COMPLEMENTAIRE SANTE »
POUR LES SALARIES NON-CADRES
Applicables au 1^{er} janvier 2019

PRESTATIONS	Socle Obligatoire <i>En complément du régime obligatoire</i>	Facultatif <i>En complément du régime obligatoire</i>
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE		
Honoraires Avec adhésion CAS Sans adhésion CAS	200% BR 100% BR 200% BR	
Frais de séjour	50 €	
Chambre particulière	20 €	
Chambre particulière ambulatoire	FRAIS REELS	
Forfait journalier	30 €	
Lit accompagnant enfant moins de 16 ans		
MEDECINE COURANTE		
Consultation, visite de généraliste	TM	
Consultation, visite de spécialiste avec adhésion CAS	80% BR	plus 70% BR
Consultation, visite de spécialiste sans adhésion CAS	60% BR	plus 40% BR
Acte d'imagerie médicale, échographie	TM	
Analyses	TM	
Auxiliaires médicaux	TM	
Actes techniques médicaux avec adhésion CAS	80% BR	
Actes techniques médicaux sans adhésion CAS	60% BR	
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée à 65% / SS	TM	
Pharmacie remboursée à 30% / SS	TM	
Pharmacie remboursée à 15% / SS	TM	
DENTAIRE		
Soins conservateurs	TM	
Inlays Onlays	60% BR	
Prothèses dentaires remboursées par la SS	270% BR	plus 130% BR
Inlay Core	80% BR	
Orthodontie acceptée par la SS	130% BR	plus 150% BR
Orthodontie refusée par la SS	-	plus 100% BR
OPTIQUE	Limité à un équipement tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction	
Monture – Adulte	80 €	
Monture – Enfant (-18 ans)	60 €	
UNIFOVAL ADULTE (par verre)		
BR 2,29	69 €	
BR 3,66	92 €	
Autres BR	115 €	
MULTIFOVAL ADULTE (par verre)		
BR 7,32	115 €	plus 34 €
BR 10,37	172 €	plus 34 €
Autres BR	207 €	plus 34 €
UNIFOVAL ENFANT (par verre)		
BR 12,04	63 €	
BR 14,94	86 €	
Autres BR plus multifocaux	103 €	
Lentilles acceptées, refusées, jetables	100 €	
Chirurgie de l'œil au laser	-	forfait 400€ par œil
ORTHOPEDIE, PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES		
Prothèses auditives	500 € /oreille une fois par an	
Grand appareillage	100% BR	
Orthopédie, autres prothèses non dentaires	150% BR	
AUTRES POSTES		
Transport	TM	
Actes de Prévention	TM	
Maternité - Adoption		10% PMSS (X2 si multiples)
Cures thermales acceptées par la SS		10% PMSS
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, éthiopathie		15€ par séance 3 fois/an

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
TM : Ticket Modérateur

FR : Frais Réels
CAS : Contrat d'accès aux soins

GARANTIES COLLECTIVES « PREVOYANCE DECES »
POUR LES SALARIES NON-CADRES
Applicables au 1^{er} janvier 2019

LIBELLES DES GARANTIES	GARANTIES
	SB : Salaire brut Tranches A et B
<p>DECES - IAD (Invalidité Absolue et Définitive) TOUTES CAUSES</p> <p>Quelle que soit la situation de famille</p> <p>Majoration par enfant à charge</p>	<p>100%</p> <p>25%</p>
<p>DECES - IAD (Invalidité Absolue et Définitive) PAR ACCIDENT</p> <p>Versement d'un capital supplémentaire</p>	<p>100 % du capital décès toutes causes</p>
<p>ALLOCATION OBSEQUES</p> <p>En cas de décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge</p>	<p>100 % du PMSS, limités aux frais réellement engagés</p>
<p>DOUBLE EFFET</p>	<p>100% du capital décès toutes causes</p>
<p>RENTE EDUCATION</p> <p>de 0 à 11 ans</p> <p>de 11 à 18 ans</p> <p>de 18 à 26 ans</p>	<p>5%</p> <p>7,50%</p> <p>10%</p>

POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES
Applicables au 1^{er} janvier 2019

Tableau des garanties santé, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, plafonds et plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. B71-1 du Code de la sécurité sociale (DPTM/CPTM-CC).

NATURE DES RISQUES	Remboursements régime de base MSA		Remboursement complémentaire santé	
			Hors le remboursement du régime de base	Incluant le remboursement du régime de base
	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle	Socle conventionnel	Socle conventionnel
Frais médicaux				
• Honoraires des généralistes, spécialistes et sages-femmes	70 % BR	90 % BR	30 % BR ou 10 % BR	100 % BR
• Dépassement d'honoraires :	-	-		
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			300 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			100 % BR	100 % BR
• Analyses, examens de laboratoires	60 % BR à 100 % BR	90 % BR à 100 % BR	40 % BR ou 10 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Dépassement d'honoraires :	-	-		
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			300 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	100 % FR - Remboursement Ss	100 % FR
• Radiologie, actes techniques	70 % BR	90 % BR	30 % BR ou 10 % BR	100 % BR
• Dépassement d'honoraires :	-	-		
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			300 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			100 % BR	100 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	35 % BR à 70 % BR	35 % BR à 90 % BR	100 % FR - Remboursement Ss	100 % FR
• Consultations médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	50 € /séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50 € /séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie				
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	90 % BR	35 % BR ou 10 % BR	100 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	80 % BR	70 % BR ou 20 % BR	100 % BR
• Médicaments à service médical rendu « mineur »	15 % BR	15 % BR	85 % BR	100 % BR
• Pharmacie prescrite non remboursée par le RO y compris contraceptifs et sevrages tabagiques ⁽³⁾ (hors et sur prescription médicale)	0 à 150 € /an/bénéficiaire ⁴	50 à 150 € /an/bénéficiaire ⁴	50 €/an/bénéficiaire	50 € à 200 € ⁴ /an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non remboursés par le RO	-	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
Hospitalisation				
• Frais de séjour	80 % BR à 100 % BR	100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % BR à 100 % BR	100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Dépassement d'honoraires :	-	-		
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			300 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾			100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	-	100 % FR	100 % FR ou 0 % FR	100 % FR
• Chambre particulière	-	-		
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)			100 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	100 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)			90 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	90 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie			Credit de 1 000 €/an/bénéficiaire	Credit de 1 000 €/an/bénéficiaire
• Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	-	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
• Transport pris en charge par le RO	65 % BR	100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Forfait actes lourds (18 €)	-	100 % FR	100 % FR ou 0 % FR	100 % FR
Maternité				
• Maternité ⁽⁵⁾	-	-	1/3 du FMSS	1/3 du FMSS

NATURE DES RISQUES	Remboursements régime de base MSA		Remboursement complémentaire santé	
			Hors le remboursement du régime de base	Incluant le remboursement du régime de base
	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle	Socle conventionnel	Socle conventionnel
• Prime de maternité ou d'adoption ⁽¹⁾	-	-	210 € pour les deux premiers enfants et 310 € à partir du 3 ^e	210 € pour les deux premiers enfants et 310 € à partir du 3 ^e
Cures Thermales				
• Honoraires de surveillance médicale	65 % BR à 70 % BR	65 % BR à 90 % BR	100 % FR - Remboursement Ss	100 % FR
• Dépassement d'honoraires :	-	-		
- Médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾			300 % BR	300 % BR
- Médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾			100 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % BR à 70 % BR	65 % BR à 90 % BR	35 % BR ou 30 % BR ou 10 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire
Optique				
• Équipement optique (Monture + 2 verres) ⁽³⁾	Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans Plafond max de 150 € pour la monture		Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans Plafond max de 150 € pour la monture	Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans Plafond max de 150 € pour la monture
• Monture et 2 verres simples ⁽⁴⁾	60 % BR	90 % BR	470 €	60 % BR ou 90 % BR + 470 €
• Monture et 2 verres mixtes (1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe) ⁽⁴⁾	60 % BR	90 % BR	610 €	60 % BR ou 90 % BR + 610 €
• Monture et 2 verres complexes ou très complexes ⁽⁴⁾	60 % BR	90 % BR	750 €	60 % BR ou 90 % BR + 750 €
• Lentilles acceptées par le RO	60 % BR	90 % BR	40 % BR ou 10 % BR + 470 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 470 €/an/bénéficiaire
• Lentilles refusées par le RO	-	-	470 €/an/bénéficiaire	470 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	1 000 €/an/bénéficiaire	1 000 €/an/bénéficiaire
Dentaire				
• Soins dentaires (y compris inlay-onlay acceptés par le RO)	70 % BR	90 % BR	100 % FR - Remboursement Ss	100 % FR
• Prothèses dentaires acceptées par le RO (y compris prothèses implanto-portées et inlay cores acceptés par le RO)	70 % BR	90 % BR	410 % BR ou 390 % BR	480 % BR
• Autres actes dentaires non remboursés par le RO (hors implantologie/parodontologie)	-	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors prothèses implanto-portées)	-	-	Crédit de 1 000 €/an/bénéficiaire	Crédit de 1 000 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie	-	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie acceptée par le RO	70 % BR à 300 % BR	90 % BR à 100 % BR	330 % BR ou 310 % BR ou 300 % BR	400 % BR
• Orthodontie refusée par le RO	-	-	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire
Appareillage				
• Gros appareillage	100 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR
• Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	90 % BR	240 % BR ou 210 % BR	300 % BR
• Fouritures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	100 % FR - Remboursement Ss	100 % FR
• Prothèses auditives (hors entretien)	60 % BR	90 % BR	570 % BR ou 540 % BR + Crédit de 400 €/an/bénéficiaire	630 % BR + Crédit de 400 €/an/bénéficiaire
• Prothèses auditives non remboursées par le RO	-	-	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire
Services				
• Assistance Mutuaide	-	-	Inclus	Inclus
• Réseau de soins optique Carte Blanche	-	-	Inclus	Inclus

RO : Régime Obligatoire (MSA, Sécurité sociale, autres) - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. - FR : Frais réels - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond de la Sécurité sociale change chaque année. Son montant est défini par arrêté du ministre des Affaires sociales et est consultable sur securite-sociale.fr - Ss : Sécurité sociale

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co). Pour les médecins non conventionnés, se référer aux remboursements des dépassements des médecins non adhérents aux DPTM, le remboursement sera calculé sur la base du tarif d'Autorité défini par l'Article L. 162-5-10 du code de la Sécurité sociale. (2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (5) La période de prise en charge de 2 ans à partir de la date d'achat, est réduite à un an pour les mineurs et les personnes dont la vue évolue. (6) **Verres simples** : sphère comprise entre -6 +6 dioptries et/ou cylindre <=4 dioptries, **Verres complexes** : verres simple foyer (sphère >=6 ou +6 dioptries et/ou cylindre <=4 dioptries), **Verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries.

GARANTIES COLLECTIVES « PREVOYANCE »
POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES
Applicables au 1er janvier 2019



CPCEA

Convention Collective Nationale de 1952
Avenant 49

■ TABLEAU DES GARANTIES PREVOYANCE ET SANTÉ

Tableau des garanties prévoyance, prenant effet au 1^{er} janvier 2019

➔ Garantie incapacité temporaire de travail

Événement	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnelle, ou un accident du travail ou une maternité 	<p>Indemnité journalière complémentaire d'un montant égal à :</p> <p>25 % du SAB* Tranche A 70 % du SAB* au-delà (Tranche B/C)</p>	1 ^{er} jour d'arrêt de travail	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la limite de 1 095 jours maximum
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident de la vie privée 		4 ^{er} jour d'arrêt de travail	

➔ Garantie incapacité permanente de travail

Événement	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente non professionnelle de catégorie 2 ou 3 	<p>Pension d'invalidité complémentaire d'un montant égal à :</p> <p>40 % du SAB* Tranche A 90 % du SAB* au-delà (Tranche B/C)</p>	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de catégorie 2 ou 3	Tant que le régime de base intervient, et ce, jusqu'au décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail)
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure à 66,66 % 		Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuable au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure à 66,66 %	

➔ Garantie décès

Événement	Garantie	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation	
<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès du salarié 	<ul style="list-style-type: none"> Capital Décès 	<p>Capital de base => 200 % du SAB*</p> <p>Majorations familiales => 25 % du SAB* par enfant à charge => 50 % du SAB* pour le conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin</p> <p>Majoration pour décès accidentel => 100 % du capital décès (capital de base + majorations familiales éventuelles)</p> <p>Double effet : en cas de décès simultané => 100 % du capital décès (capital de base + majorations familiales éventuelles)</p>	<p>Dès réception de toutes les pièces justificatives</p> <p>Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives)</p> <p>Si conjoint ou assimilé au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives)</p>	Prestation à versement unique	
	<ul style="list-style-type: none"> Rente éducation 	<p>=> 5 000 points ** par an et par enfant</p>	<p>Dès réception de toutes les pièces justificatives</p> <p>Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives)</p>		Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions
	<ul style="list-style-type: none"> Capital Décès 	<p>=> Versement anticipé du capital de base (en une seule fois)</p>	<p>Dès réception de toutes les pièces justificatives</p> <p>En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives)</p>		
<p>En cas de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> du salarié du conjoint non séparé de corps du cocontractant de PACS ; du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté) ; d'un enfant à charge, 	<ul style="list-style-type: none"> Indemnité Frais d'Obsèques 	<p>=> Remboursement des frais réellement engagés dans la limite de 100 % du PMSS ***</p>	<p>Dès réception de toutes les pièces justificatives</p>	Prestation à versement unique	

* SAB : salaire annuel brut. ** Valeur du point fixe annuellement par le conseil d'administration de la CPCEA. *** PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond de la Sécurité sociale change chaque année. Son montant est défini par arrêté du ministre des Affaires sociales et est consultable sur securite-sociale.fr