

## **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.

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

**\*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.

**POUR LES SALARIES NON-CADRES**  
**Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2021**

Sauf mentions contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « EN COMPLEMENT des prestations versées par le régime obligatoire (RO) », c'est-à-dire que la prestation s'additionne à celle du Régime obligatoire, à l'exclusion des garanties montures et verres.

Les prestations du niveau de « GARANTIES OPTIONNELLES » définies ci-après, s'entendent en complément des prestations accordées au titre du niveau « GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES ».

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS	
	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES <i>(en complément des prestations versées par la sécurité sociale = régime obligatoire)</i>	GARANTIES OPTIONNELLES <i>(en complément des prestations versées au titre des «GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES»)</i>
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100 % des FR	/
<b>Frais de séjour</b>	200 % de la BR	/
<b>Honoraires (consultations et actes)</b>		
Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</i>	200 % de la BR	/
Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires libres)</i>	100 % de la BR	/
<b>Chambre particulière non remboursée par le RO</b>		
Hors ambulatoire	50 € par jour	/
En ambulatoire	20 € par jour	/
<b>Frais d'accompagnement</b> d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO	30 € par jour	/
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites de généralistes	100% du TM	/
Consultations et visites de spécialistes <i>Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO</i>	80 % de la BR	+ 70 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes <i>Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO</i>	60 % de la BR	+ 40 % de la BR
Actes techniques médicaux <i>Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO</i>	80 % de la BR	/
Actes techniques médicaux <i>Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO</i>	60 % de la BR	/
Actes d'imagerie médicale	100 % du TM	/
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 % du TM	/
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % du TM	/
<b>Médicaments</b> <i>Médicaments remboursés par le RO</i>	100 % du TM	/
<b>Matériel médical</b> <i>(hors aides auditives)</i>		
Grand appareillage <sup>(1)</sup>	100 % de la BR	/
Prothèses orthopédiques et autres prothèses	150 % de la BR	/

## Aides Auditives

Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil.

Cette limite prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée <sup>(2)</sup>

Equipement «100% SANTE» * 	100 % des FR*	
Equipement Hors «100% SANTE» Tarif libre*	500 € par oreille appareillée, avec un minimum de 100 % du TM, et dans la limite de 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement du RO	/
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	150 % de la BR	/

## OPTIQUE

*Les prestations des garanties monture et verre s'entendent y compris les remboursement versés par le RO*

Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires <sup>(3)</sup>

Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées <sup>(2)</sup>

Equipement «100% SANTE» * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres 	100 % des FR*	
Equipement Hors «100% SANTE» Tarif libre*		
<b>Monture :</b> Bénéficiaire de 16 ans ou plus	80 € par monture	/
Bénéficiaire de moins de 16 ans	60 € par monture	/
<b>Verres :</b> Bénéficiaire de 16 ans ou plus		
<i>Par verre simple</i>	92 €	/
<i>Par verre complexe</i>	172 €	+34 €
<i>Par verre hypercomplexe</i>	207 €	+ 34 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans		
<i>Par verre simple</i>	86 €	/
<i>Par verre complexe</i>	103 €	/
<i>Par verre hypercomplexe</i>	103 €	/
<b>Prestations d'adaptation</b>	100 % du TM	/
<b>Appairage des verres</b>	100 % du TM	/
<b>Lentilles correctrices</b> Remboursées ou non pas le RO (y compris lentilles jetables)	100 € par an et par bénéficiaire	/
<b>Autres prestations optiques</b> Chirurgie de l'œil par laser	/	+ 400 € par œil

DENTAIRES		
Soins et prothèses dentaires «100% SANTE »* (4)	100 % des FR*	
		
Soins Hors « 100% SANTE »*		
Soins dentaires	100 % du TM	/
Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	60 % de la BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *		
Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	270 % de la BR	+ 130 % de la BR
Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	80 % de la BR	
Orthodontie		
Remboursée par le RO	130 % de la BR	+ 150 % de la BR
Non remboursé par le RO	/	+ 100 de la BRR
AUTRES GARANTIES		
Transport	100 % du TM	/
Natalité (1) Forfait maternité : naissance ou adoption	/	+ 10 % du PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (1) Remboursé par le RO	/	+ 10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	15 € par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % du TM	/

**BR** : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme. **BRR** : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu. **FR** : Frais Réels **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique.

L'OPTAM et OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement.

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. **RO** : Régime Obligatoire de Sécurité Sociale dont dépend le bénéficiaire. **TM** : Ticket Modérateur = Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire.

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente ou des Honoraires limites de facturation sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Précisions sur les garanties :

Grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux garanties. <b>Il est versé qu'un forfait par foyer.</b>
Cure thermales	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au contrat pour chaque acte.
Médecine douce	Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'Etat ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

(2) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique. Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

**Par dérogation** à ce qui précède, un remboursement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

(4) Entrée en vigueur progressive à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.



**GARANTIES COLLECTIVES « PREVOYANCE DECES »  
POUR LES SALARIES NON-CADRES  
Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2021**

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

## POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES

### Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2020

#### Tableaux des garanties santé, en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 – Hors Alsace-Moselle

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 (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), 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 de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

NATURE DES FRAIS	(RO) Remboursement du régime de base Hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire Socle	Remboursement total Régime de base inclus
<b>Soins courants</b>			
● Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	330 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	330 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
● Honoraires paramédicaux	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Analyses, et examens de laboratoire <sup>(2)</sup>	60 % ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(2)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
● Actes de prévention <sup>(3)</sup>	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étiothérapie, homéopathie	-	50 €/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50 €/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % ou 200 % BR	300 % BR
<b>Hospitalisation</b>			
● Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
● Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	320 % BR ou 300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire :			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	60 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
● Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
<b>Maternité</b>			
● Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
● Prime de maternité ou d'adoption	-	210 € pour les 2 premiers enfants et 310 € à partir du 3 <sup>ème</sup>	210 € pour les 2 premiers enfants et 310 € à partir du 3 <sup>ème</sup>
<b>Optique</b>			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(6)</sup> – Plafond de 30 € pour la monture de classe A et de 100 € pour la monture de classe B			
● Équipements 100 % Santé (Classe A) <sup>(7)</sup>			
- Monture + 2 Verres	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Autres équipements			
- Monture Classe B + 2 verres Classe A <sup>(7)</sup>	60 % BR	Monture : 100 € - RO Verres : 100 % FR - RO	Monture : 100 € Verres : 100 % FR
- Monture + 2 verres simples Classe B <sup>(8)</sup>	60 % BR	420 € - RO	420 €
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	60 % BR	560 € - RO	560 €
- Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	60 % BR	700 € - RO	700 €
● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(7)</sup>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Supplément pour verre avec filtre <sup>(9)</sup>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR +470 €/an/bénéficiaire	100 % BR +470 €/an/bénéficiaire
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470 €/an/bénéficiaire	470 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1 250 €/an/bénéficiaire	1 250 €/an/bénéficiaire

## POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES

### Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2020

NATURE DES FRAIS	(RO) Remboursement du régime de base Hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire Socle	Remboursement total Régime de base inclus
<b>Dentaire</b>			
● Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(7)(8)</sup>	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Inlay Onlay (hors 100 % Santé) <sup>(9)</sup>	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(10)</sup>	70 % BR	410 % BR	480 % BR
- Prothèses à honoraires libres	70 % BR	410 % BR	480 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	330 % BR ou 300 % BR	400 % BR
● Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire
● Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	Crédit de 1 000 €/an/bénéficiaire	Crédit de 1 000 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
<b>Aides auditives<sup>(11)</sup></b>			
● Équipements 100 % Santé (Classe I) à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 <sup>(7)</sup>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1 700 € - RO/Oreille	1 700 €/Oreille
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1 700 € - RO/Oreille	1 700 €/Oreille
● Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire
<b>Cures thermales</b>			
● Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Honoraires médicaux <sup>(2)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
● Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % BR ou 30 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire
<b>Divers</b>			
● Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	135 % BR ou 100 % BR	200 % BR
● Assistance	-	INCLUS	INCLUS
● Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

RO: Régime Obligatoire (MSA ou autres) - BR: Base de remboursement de la Sécurité sociale  
FR: Frais réels - PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - 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, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf. liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans; scellement des sillons avant 14 ans; dépistage Hépatite B; bilan du langage avant 14 ans; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds: il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier: sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

#### (8) verres simples Classe B

- Verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- Verres neutres

#### Verres complexes Classe B

- Verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

#### Verres très complexes Classe B

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100 % Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100 % Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100 % Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1 700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.

**POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES**  
**Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2020**

**Tableaux des garanties santé, en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 – Alsace-Moselle**

NATURE DES FRAIS	(RO) Remboursement du régime de base Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire Socle	Remboursement total Régime de base inclus
<b>Soins courants</b>			
● Honoraires médicaux (y compris téléconsultation), actes techniques et sages-femmes :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	310 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	110 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	310 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	110 % BR	200 % BR
● Honoraires paramédicaux	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Analyses, et examens de laboratoire <sup>(2)</sup>	90 % ou 100 % BR	10 % ou 0 % BR	100 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(2)</sup>	90 % BR	10 % BR	100 % BR
● Actes de prévention <sup>(3)</sup>	de 35 % à 90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, psychothérapie, étioopathie, homéopathie	-	50 €/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50 €/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90 % BR ou 100 % BR	210 % ou 200 % BR	300 % BR
<b>Hospitalisation</b>			
● Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup>	100 % FR	-	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire :			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90 % FR/jour limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	60 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
● Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
<b>Maternité</b>			
● Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
● Prime de maternité ou d'adoption	-	210 € pour les 2 premiers enfants et 310 € à partir du 3 <sup>ème</sup>	210 € pour les 2 premiers enfants et 310 € à partir du 3 <sup>ème</sup>
<b>Optique</b>			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(6)</sup> – Plafond de 30 € pour la monture de classe A et de 100 € pour la monture de classe B			
● Équipements 100 % Santé (Classe A) <sup>(7)</sup>			
- Monture + 2 Verres	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Autres équipements			
- Monture Classe B + 2 verres Classe A <sup>(7)</sup>	90 % BR	Monture: 100 € - RO Verres: 100 % FR - RO	Monture: 100 € Verres: 100 % FR
- Monture + 2 verres simples Classe B <sup>(8)</sup>	90 % BR	420 € - RO	420 €
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	90 % BR	560 € - RO	560 €
- Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B <sup>(8)</sup>	90 % BR	700 € - RO	700 €
● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(7)</sup>	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Supplément pour verre avec filtre <sup>(7)</sup>	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % BR + 470 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 470 €/an/bénéficiaire
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470 €/an/bénéficiaire	470 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	1 250 €/an/bénéficiaire	1 250 €/an/bénéficiaire

## POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES

### Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2020

NATURE DES FRAIS	(RO) Remboursement du régime de base Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire Socle	Remboursement total Régime de base inclus
<b>Dentaire</b>			
● Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(7)(9)</sup>	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Inlay Onlay (hors 100 % Santé) <sup>(10)</sup>	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(11)</sup>	90 % BR	390 % BR	480 % BR
- Prothèses à honoraires libres	90 % BR	390 % BR	480 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	310 % BR ou 300 % BR	400 % BR
● Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire
● Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	Crédit de 1000 €/an/bénéficiaire	Crédit de 1000 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
<b>Aides auditives<sup>(11)</sup></b>			
● Équipements 100 % Santé (Classe I) à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 <sup>(9)</sup>	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1 700 € - RO/Oreille	1 700 €/Oreille
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	1 700 € - RO/Oreille	1 700 €/Oreille
● Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire
<b>Cures thermales</b>			
● Honoraires de surveillance médicale	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● Honoraires médicaux <sup>(2)</sup>	90 % BR	30 % BR	100 % BR
● Frais de soins et de séjour	65 % ou 90 % BR	35 % BR ou 10 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire
<b>Divers</b>			
● Transports remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● Assistance	-	INCLUS	INCLUS
● Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

RO : Régime Obligatoire (MSA ou autres) - BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale  
FR : Frais réels - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - 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 L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf. liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait Journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verres simples Classe B

- Verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- Verres neutres

Verres complexes Classe B

- Verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

Verres très complexes Classe B

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) La mise en place du 100 % Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100 % Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100 % Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.

**GARANTIES COLLECTIVES « PREVOYANCE »  
POUR LES SALARIES CADRES ET ASSIMILES**  
*Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2020*



CPCEA

Convention Collective Nationale de 1952  
Avenant 50

■ TABLEAU DES GARANTIES PRÉVOYANCE ET SANTÉ

**Tableau des garanties prévoyance, prenant effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020**

→ **Garantie incapacité temporaire de travail**

Événement	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnelle, ou un accident du travail ou une maternité</li> </ul>	<p align="center"><b>Indemnité journalière complémentaire d'un montant égal à :</b></p> <p align="center"><b>25 % du SAB* Tranche A</b> <b>70 % du SAB* au-delà (Tranche B/C)</b></p>	1 <sup>er</sup> 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"> <li>En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident de la vie privée</li> </ul>		4 <sup>e</sup> 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"> <li>En cas d'incapacité permanente non professionnelle de catégorie 2 ou 3</li> </ul>	<p align="center"><b>Pension d'invalidité complémentaire d'un montant égal à :</b></p> <p align="center"><b>40 % du SAB* Tranche A</b> <b>90 % du SAB* au-delà (Tranche B/C)</b></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"> <li>En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure à 66,66 %</li> </ul>		Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuée 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"> <li>En cas de décès du salarié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capital Décès</li> </ul>	<p align="center"><b>Capital de base</b> ==&gt; 200 % du SAB*</p>	Dès réception de toutes les pièces justificatives	Prestation à versement unique
		<p align="center"><b>Majorations familiales</b> ==&gt; 25 % du SAB* par enfant à charge ==&gt; 50 % du SAB* pour le conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin</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>	
		<p align="center"><b>Majoration pour décès accidentel</b> ==&gt; 100 % du capital décès (capital de base + majorations familiales éventuelles)</p>	Dès réception de toutes les pièces justificatives	
		<p align="center"><b>Double effet : en cas de décès simultané</b> ==&gt; 100 % du capital décès (capital de base + majorations familiales éventuelles)</p>	Dès réception de toutes les pièces justificatives	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rente éducation</li> </ul>	<p align="center">==&gt; 5 000 points ** par an et par enfant</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"> <li>En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capital Décès</li> </ul>	<p align="center">==&gt; Versement anticipé du capital de base (en une seule fois)</p>	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives)	
<p>En cas de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du salarié</li> <li>du conjoint non séparé de corps;</li> <li>du cocontractant de PACS;</li> <li>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);</li> <li>d'un enfant à charge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indemnité Frais d'Obsèques</li> </ul>	<p align="center">==&gt; Remboursement des frais réellement engagés dans la limite de 100 % du PMSS ***</p>	Dès réception de toutes les pièces justificatives	Prestation à versement unique

\* SAB : salaire annuel brut \*\* Valeur du point fixée 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 ministère des Affaires sociales et est consultable sur [securite-sociale.fr](http://securite-sociale.fr)