Accord collectif instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé pour les salariés de de l'ONF

PSM VHH
MS

ACCORD COLLECTIF

INSTITUANT UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ POUR LES SALARIES DE L'ONF

Entre les soussignés :

L'Office National des Forêts, dont le siège social est situé 2 bis avenue du Général Leclerc 94700 MAISONS-ALFORT, représenté par Madame Valérie METRICH-HECQUET, agissant en qualité de Directrice générale,

D'une part,

Et les organisations syndicales représentatives signataires ;

- La Confédération Française des Travailleurs Chrétiens de l'Agriculture **CFTC-AGRI**, représentée par Monsieur Eloi SCHNEIDER, DSCE, dûment mandaté ;
- La Fédération Générale Agroalimentaire **FGA-CFDT**, représentée par Monsieur Benjamin PAYEN, DSCE, dûment mandaté ;
- La Fédération Nationale Alimentaire et Forestière **FNAF-CGT**, représentée par Monsieur David DRUESNE, DSCE, dûment mandaté ;
- Le Syndicat de l'Environnement, la Forêt et l'Agriculture **EFA-CGC**, représentée par Monsieur Michel SCHUTZ, DSCE, dûment mandaté

D'autre part.

PROJET CONFIDENTIEL

VM
DSM
HS SP

SOMMAIRE

Préambule 4

ARTICLE 1 - Objet 5

ARTICLE 2 - Bénéficiaires du régime 5

ARTICLE 3 - Caractère obligatoire de l'adhésion 5

ARTICLE 4. Suspension du contrat de travail 7

ARTICLE 5. Salariés dont le contrat de travail est rompu : portabilité 8

ARTICLE 6 - Prestations du régime frais de santé 8

ARTICLE 7 - Maintien au bénéfice des anciens salariés 8

ARTICLE 8 - Cotisations 9

ARTICLE 9. Information individuelle et collective 10

ARTICLE 10 - Entrée en vigueur et durée de l'accord 10

ARTICLE 11 - Notification - Dépôt - Révision - Dénonciation - Publicité 11

ARTICLE 12 - Commission paritaire nationale Frais de Santé 11

VHH

DSM

MS SP

Préambule

Par accord collectif conclu le 29 novembre 2019, la Direction générale de l'ONF et les organisations syndicales représentatives ont institué un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé commun à l'ensemble des salariés de l'ONF.

Compte tenu de l'arrivée à échéance au 1er janvier 2025 du marché public relatif au contrat d'assurance souscrit par l'ONF pour assurer les garanties de ce régime de frais de santé, la Direction générale de l'ONF et les organisations syndicales représentatives se sont réunies à plusieurs reprises dès le mois de juillet 2023 afin de renégocier les conditions d'application de ce régime.

Dans ce contexte, une nouvelle procédure de mise en concurrence a été menée par l'ONF en vue de sélectionner l'organisme assureur du régime de remboursement de frais de santé des salariés à compter du 1er janvier 2025.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application des articles L. 911-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du Comité social et économique.

Le présent accord détermine les conditions d'application du régime de remboursement de frais de santé des salariés à compter du 1er janvier 2025 et révise l'accord collectif susvisé du 29 novembre 2019 en s'y substituant intégralement.

VTH OJA 4
HS SP

ARTICLE 1 - Objet

Le présent accord collectif a pour objet de maintenir une garantie frais de santé pour les salariés et d'organiser leur adhésion au contrat d'assurance collective souscrit par l'ONF auprès d'un organisme assureur habilité, titulaire du marché à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

ARTICLE 2 - Bénéficiaires du régime

Le régime de frais de santé bénéficie à l'ensemble des salariés de l'ONF.

ARTICLE 3 - Caractère obligatoire de l'adhésion

Article 3.1. Principe

L'adhésion au régime de frais de santé est obligatoire pour tous les salariés. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Pour information, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, d'affilier au présent régime, à titre facultatif leurs ayants- droits tels que définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information.

Article 3.2. Cas particulier des couples dans l'entreprise

Pour les couples de salariés travaillant au sein de l'ONF, les deux membres de l'union ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

Article 3.3. Dispenses d'adhésion

Conformément aux dispositions des articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, les salariés suivants ont la faculté de refuser, à leur initiative, leur adhésion au régime, dès lors qu'ils sont susceptibles de relever de l'un des cas de dispense d'adhésion prévu par ces dispositions :

Cas de dispense	Moment de la demande de dispense	Durée de validité de la dispense
Salarié en CDD pour qui la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois, et déjà couvert par une complémentaire santé responsable	Au moment de l'embauche	Jusqu'à la fin du CDD

VMH DJM



MS SP

Salarié bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (« C2S »)	Au moment de l'embauche **OU** En cas de changement de situation, au moment de la prise d'effet de la « C2S »	Jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la « C2S »
Salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé (à titre principal ou d'ayant droit)	Au moment de l'embauche	Jusqu'à l'échéance du contrat individuel
Salarié bénéficiant, y compris en qualité d'ayant-droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants : - régime de remboursement de frais de santé collectif et obligatoire ; - contrats d'assurance de groupe dit « Madelin » ; - dispositif de protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale ; - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ; - régime complémentaire d'assurance maladie des IEG (CAMIEG).	Au moment de l'embauche **OU** En cas de changement de situation, au moment de la prise d'effet de la couverture concernée	Jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause

De plus, les salariés suivants ont également la faculté de refuser leur adhésion au régime en application de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale :

Cas de dispense	Moment de la demande de dispense	Durée de validité de la dispense
Salarié CDD ou apprenti d'une durée inférieure à 12 mois	Au moment de l'embauche	Jusqu'à la fin du CDD ou du contrat d'apprentissage
Salarié CDD ou apprenti d'une durée au moins égale à 12 mois, couvert par une assurance individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais médicaux	Au moment de l'embauche	Jusqu'à la fin du CDD ou du contrat d'apprentissage
Salarié à temps partiel ou apprenti, pour qui l'adhésion au système de garanties le conduirait à acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, des cotisations au moins égales à 10 % de sa rémunération brute	À tout moment	Tant que le salarié ou l'apprenti en remplit les conditions

VTH 051

ds sp

Article 3.4. Modalités de mise en œuvre des dispenses

Quel que soit le motif de dispense invoqué, la demande de dispense des salariés prend la forme d'une déclaration sur l'honneur à remettre à la direction des ressources humaines de l'ONF dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'affiliation aurait dû prendre effet en application de l'article 3.3, accompagnée de tout justificatif requis. A défaut de déclaration sur l'honneur adressée à l'employeur accompagnée des justificatifs requis, les salariés seront obligatoirement affiliés au régime.

Les salariés sollicitant le bénéfice de ces dispenses voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront à l'avenir solliciter le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de frais de santé, et ne pourront pas bénéficier du dispositif de portabilité après la rupture de leur contrat de travail. Ainsi, en cas de dépenses de santé, les salariés dispensés ainsi que, le cas échéant, leurs ayants-droits, ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du présent régime.

Les salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'ONF, par écrit, leur adhésion au présent régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

ARTICLE 4. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et le cas échéant de leurs ayants droit, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- D'un maintien de salaire, total ou partiel, par l'employeur,
- D'indemnités journalières versées par la sécurité sociale,
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- D'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment en cas d'activité partielle).

Le bénéfice du régime est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour cause de congés de solidarité familiale et de soutien familial, pour cause de congé de maternité ou de paternité ainsi que pour les salariés en formation.

Dans les situations susvisées, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, comme par exemple un congé sabbatique, un congé parental d'éducation, un congé pour création d'entreprise, les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéficie du régime complémentaire frais de santé. Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, à titre individuel, aux conditions tarifaires prévues dans ce cadre et sans participation de l'employeur à son financement.

VMH 05/1 HS SP

ARTICLE 5. Salariés dont le contrat de travail est rompu : portabilité

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient dans les mêmes conditions que les salariés en activité d'un maintien du régime de frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

ARTICLE 6 - Prestations du régime frais de santé

Le régime de frais de santé ainsi que le contrat d'assurance y afférent sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1, L.862-4 II alinéa 3 et L.242-1 II 4° du Code de la sécurité sociale ainsi que de l'article 83, 1° quater du Code général des impôts, et des textes pris en application de ces dispositions.

Les garanties souscrites, qui sont résumées en annexe à titre informatif, ne constituent, en aucun cas, un engagement pour l'employeur, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

ARTICLE 7 - Maintien au bénéfice des anciens salariés

Pour information, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, les anciens salariés visés ci-dessous peuvent bénéficier d'un maintien des garanties du présent régime auprès de l'organisme assureur des garanties, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, dans les conditions prévues par cet article.

Sont concernés :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- Les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Pour autant, un dispositif de maintien de garantie et de stabilité du tarif pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une rente CAA sera prévu dans les contrats d'assurance annexés.

ARTICLE 8 - Cotisations

Article 8.1 Socle obligatoire

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de frais de santé a pour objet de couvrir à titre obligatoire le seul salarié et à titre facultatif ses ayants droit tels que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information.

- **Couverture obligatoire des salariés :**

La cotisation servant au financement de la couverture obligatoire des salariés est fixée et répartie dans les conditions suivantes :

Bénéficiaires relevant du régime général

Cotisation patronale (60%)	Cotisation salariale (40%)	Cotisation totale (100%)
23,69 € + 0,64 % du salaire limité à la Tranche 1	15,79 € + 0,43 % du salaire limité à la Tranche 1	39,48 € + 1,07 % du salaire limité à la Tranche 1

Tranche 1 : salaire compris entre 0 et 1 plafond mensuel de sécurité sociale

Bénéficiaires relevant du régime local Alsace Moselle

Cotisation patronale (60%)	Cotisation salariale (40%)	Cotisation totale (100%)
15,01 € + 0,39 % du salaire limité à la Tranche 1	10,00 € + 0,26 % du salaire limité à la Tranche 1	25,01 € + 0,65 % du salaire limité à la Tranche 1

Tranche 1 : salaire compris entre 0 et 1 plafond mensuel de sécurité sociale

- **Couverture facultative des ayants-droits :**

La cotisation servant au financement de la couverture facultative des ayants-droits est prise en charge intégralement par les salariés.

Elle est fixée dans les conditions suivantes :

VTH DSN

MS SP

	Régime général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	62,08 €	38,97 €
Enfant (avec gratuité au-delà du 2-ème enfant)	31,57 €	18,46 €

Article 8.2 Évolution ultérieure de la cotisation

Les montants et taux de cotisation du régime socle obligatoire sont garantis jusqu'au 31/12/2026.

A l'issue de cette période de maintien, et en fonction de l'équilibre financier du régime, les garanties et/ou les cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la Commission Paritaire instaurée à l'article 12, après présentation des comptes par l'organisme assureur du régime.

Les éventuelles évolutions futures des cotisations seront réparties automatiquement entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée à l'article 8 du présent accord.

À tout moment, si des évolutions législatives et règlementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes de l'accord.

ARTICLE 9. Information individuelle et collective

En sa qualité de souscripteur, l'ONF remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application. Il en sera de même lors de chaque modification des garanties.

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties collectives de frais de santé.

ARTICLE 10 - Entrée en vigueur et durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entre en vigueur le 1er janvier 2025.

Il révise, en s'y substituant intégralement, les dispositions de l'accord collectif du 29 novembre 2019.

Conformément à l'article L.2222-5-1 du Code du travail, les parties signataires conviennent de se réunir dans le cadre de la Commission prévue à l'article 12, dans un délai maximum de 2 ans suivant l'entrée en vigueur du présent accord, afin de dresser un bilan de ses conditions d'application et d'envisager le cas échéant les évolutions susceptibles d'y être apportées.

VM PSM

MS

ARTICLE 11 - Notification - Dépôt - Révision - Dénonciation - Publicité

Le présent accord sera notifié par la Direction Générale de l'Office National des Forêts par courrier recommandé avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein de l'Office National des Forêts.

Conformément aux dispositions légales, le présent accord sera déposé par la Direction sur la plateforme en ligne www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr et au conseil de prud'hommes de du lieu de conclusion.

Toute demande de révision doit être signifiée aux autres parties par l'une des parties contractantes et être accompagnée d'un projet portant sur les points à réviser.

Un calendrier est établi au cours de la première réunion de négociation qui doit se tenir dans le délai d'un mois suivant la demande de révision.

Les dispositions de l'avenant se substitueront de plein droit qu'elles modifient soit à la date expressément prévue soit à défaut, à partir du jour qui suivra son dépôt auprès du service compétent.

Conformément aux dispositions légales, chacune des parties contractantes se réserve le droit de dénoncer, totalement ou partiellement, le présent accord moyennant un préavis de trois mois, de date à date, par pli recommandé avec accusé de réception à chacune des autres parties, accompagnée d'un nouveau projet d'accord collectif.

Si la dénonciation émane de l'Office National des Forêts ou de la totalité des signataires salariés, l'accord continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou à défaut, durant le délai d'un an à compter de l'expiration du préavis. Une nouvelle négociation doit s'engager dans les trois mois qui suivent l'envoi de la lettre recommandée de dénonciation.

Lorsqu'une organisation syndicale signataire perd la qualité d'organisation syndicale représentative, la dénonciation, pour emporter effet, doit émaner d'une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés.

ARTICLE 12 - Commission paritaire nationale Frais de Santé

Le régime est administré par une Commission Paritaire dont les membres sont la Direction générale de l'ONF et les organisations syndicales représentatives signataires ou adhérentes de l'accord.

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérente dispose de 2 participants.
En cas de vote, une voix est attribuée à chaque organisation syndicale représentative signataire ou adhérente.

Le représentant de la Direction générale de l'ONF porte un nombre de voix égal au total des voix des organisations syndicales membres de la commission.

La commission paritaire a notamment pour rôle :

- L'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime ainsi que ses dispositions contractuelles ;

VMH DJM HS SD

- L'étude de l'évolution des garanties santé et des conditions de maintien de celles-ci ;
- L'examen des comptes de résultat et bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- La réflexion sur l'évolution des cotisations et/ou la révision des prestations et leur négociation dans les limites prévues à l'article 8.2 ;
- L'étude des statistiques demandées à l'organisme assureur pour la qualité de service et gestion.

Pour toutes ces tâches, la Commission peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

La commission se réunira 1 fois par an.

Fait à Maisons-Alfort, le 16/04/2024

Pour l'Office National des Forêts **La Directrice Générale**	**Pour la CFTC – AGRI** **Le DSCE,**	**Pour la FGA – CFDT** **Le DSCE,** p° Jean-Marie, DGS PRAIRIES
Pour la FNAF-CGT **Le DSCE,** PO MALTET Sébastien	**Pour EFA-CGC** **Le DSCE,** P/o S. PENNET	

PROJET CONFIDENTIEL

MS

Annexe à titre informatif : Résumé des garanties

Garantie de base – Régime Général – Ensemble du personnel

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	320% B.R.	400% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour en secteur conventionné	80% B.R.	150% B.R.	230% B.R.	
- Frais de séjour en secteur non conventionné	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	75 € / jour	75 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée)avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation.
- Frais d'accompagnement	Néant	40 € / jour	40 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Moins de 16 ans et plus de 75 ans.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	70% B.R.	140% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50% B.R.	120% B.R.	
Consultations, visites des médecins spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	80% B.R. ou 70% B.R.	140% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	90% B.R.	150% B.R.	
- Psychologues adhérents au dispositif Mon soutien psy	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire.
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
Matériel médical				
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	140% B.R.	200% B.R.	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	200% B.R.	
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	55% B.R.	45% B.R.	100% B.R.	
Autres prestations				
- Acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, homéopathes, ostéopathes, pédicures-podologues, psychologues, psychothérapie, microkinésithérapie, psychomotriciens	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 6 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	30 €	30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
- Soins, actes et consultations	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	60% B.R. ou 100% B.R.	290% B.R. ou 250% B.R.	350% B.R.	
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100% santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Panier à honoraires maitrisés				
- Inlays onlays	60% B.R.	160% B.R.	220% B.R.	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses dentaires	60% B.R.	290% B.R.	350% B.R.	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	60% B.R.	160% B.R.	220% B.R.	
- Prothèses dentaires	60% B.R.	290% B.R.	350% B.R.	
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Implants	Néant	500 €	500 €	Forfait par implant et par bénéficiaire. Limité à 3 implants par année civile.
- Parodontologie	Néant	200 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture)Classe A Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres				
- Monture	60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	270 € moins 60% B.R.	270 €	Forfait par paire et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	450 € moins 60% B.R.	450 €	Forfait par paire et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	550 € moins 60% B.R.	550 €	Forfait par paire et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	300 € moins 60% B.R.	300 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien. Au-delà du forfait, prise en charge du Ticket Modérateur pour les lentilles remboursées par l'A.M.O.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	300 €		
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Equipement 100% santé (tels que définis réglementairement)Classe I - Soumis à des prix limites de vente Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 1 400 €	**100% B.R. + 1 400 €**	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700€ par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 1 050 €	**100% B.R. + 1 050 €**	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R.	**100% B.R.**	

VH P501

MS SP

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
NAISSANCE				
- Prime de naissance ou d'adoption	Néant	200 €	**200 €**	Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption.

Assistance : voir notice d'informations.

Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)
Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

VTH 0501 15

HS SP

Garantie de base – Régime local Alsace-Moselle – Ensemble du personnel

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	100% B.R.	300% B.R.	**400% B.R.**	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	100% B.R.	**200% B.R.**	
Participation du patient	Frais Réels	Néant	**Frais Réels**	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour en secteur conventionné	100% B.R.	130% B.R.	**230% B.R.**	
- Frais de séjour en secteur non conventionné	100% B.R.	Néant	**100% B.R.**	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Néant	**Frais Réels**	
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	**Frais Réels**	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	75 € / jour	**75 € / jour**	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée)avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation.
- Frais d'accompagnement	Néant	40 € / jour	**40 € / jour**	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Moins de 16 ans et plus de 75 ans.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	50% B.R.	**140% B.R.**	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	30% B.R.	**120% B.R.**	
Consultations, visites des médecins spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	160% B.R.	**250% B.R.**	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	110% B.R.	**200% B.R.**	
Sages-femmes	90% B.R.	50% B.R.	**140% B.R.**	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	90% B.R.	60% B.R.	**150% B.R.**	
- Psychologues adhérents au dispositif Mon soutien psy	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire.
Analyses et examens de laboratoire	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	160% B.R.	**250% B.R.**	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	110% B.R.	**200% B.R.**	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	160% B.R.	**250% B.R.**	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	110% B.R.	**200% B.R.**	
Participation du patient	Frais Réels	Néant	**Frais Réels**	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	80% B.R.	20% B.R.	**100% B.R.**	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	**100% B.R.**	
Matériel médical				
- Accessoires, appareillages, orthopédie	90% B.R.	110% B.R.	**200% B.R.**	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	**200% B.R.**	
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	100% B.R.	Néant	**100% B.R.**	
Autres prestations				
- Acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, homéopathes, ostéopathes, pédicures-podologues, psychologues, psychothérapie, microkinésithérapie, psychomotriciens	Néant	50 €	**50 €**	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 6 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	30 €	**30 €**	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	

VM DJA 16

MJ SP

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
- Soins, actes et consultations	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	90% B.R. ou 100% B.R.	260% B.R. ou 250% B.R.	**350% B.R.**	
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) **Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé** **Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.**				
- Prothèses	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	**Frais Réels**	
Prothèses hors 100% santé **Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé**				
Panier à honoraires maitrisés				
- Inlays onlays	90% B.R.	130% B.R.	**220% B.R.**	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses dentaires	90% B.R.	260% B.R.	**350% B.R.**	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	90% B.R.	130% B.R.	**220% B.R.**	
- Prothèses dentaires	90% B.R.	260% B.R.	**350% B.R.**	
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Implants	Néant	500 €	**500 €**	Forfait par implant et par bénéficiaire. **Limité à 3 implants par année civile.**
- Parodontologie	Néant	200 €	**200 €**	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). **1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.**				
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) **Classe A** **Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.**				
- Monture	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	**Frais Réels**	
- Verres : tous types de correction	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	**Frais Réels**	
- Prestations d'appairage	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	**Frais Réels**	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) **Classe B - Tarifs libres**				
- Monture	90% B.R.	100 € moins 90% B.R.	**100 €**	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	90% B.R.	270 € moins 90% B.R.	**270 €**	Forfait par paire et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	90% B.R	450 € moins 90% B.R.	**450 €**	Forfait par paire et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	90% B.R.	550 € moins 90% B.R.	**550 €**	Forfait par paire et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	90% B.R.	300 € moins 90% B.R.	**300 €**	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien. Au-delà du forfait, prise en charge du Ticket Modérateur pour les lentilles remboursées par l'A.M.O.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	300 €		
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Equipement 100% santé (tels que définis réglementairement) **Classe I - Soumis à des prix limites de vente** **Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.**				
- Aides auditives	90% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	**Frais Réels**	Appareillage auditif.
Equipement hors 100% santé **Classe II - Tarifs libres**				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	90% B.R.	10% B.R. + 1 400 €	**100% B.R.** **+ 1 400 €**	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700€ par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	90% B.R.	10% B.R. + 1 050 €	**100% B.R.** **+ 1 050 €**	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations	90% B.R.	10% B.R.	**100% B.R.**	

VMH OJD 17

MS SP

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
NAISSANCE				
- Prime de naissance ou d'adoption	Néant	200 €	**200 €**	Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption.
Assistance : voir notice d'informations.				
Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)
Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

VMH 031 18
HS