

CONVENTION CADRE FRAIS DE SANTE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA PRODUCTION

ET DE LA TRANSFORMATION DES PAPIERS ET CARTONS DU 29 JANVIER 2021
(IDCC 3238)

Convention cadre conclue entre

D ' une part,

Le Contractant,

Les Organisations représentatives du collège employeur et du collège salariés de la Branche de la production et de la transformation des papiers et cartons, signataires de la Convention collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021 étendue par arrêté du 6 avril 2022 et son avenant n°2 Accord frais de santé du 6 octobre 2022.

Et d'autre part

**Les Assureurs,
PRODIGEO Assurances**

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 20 millions d'euros, régie par le Code des assurances, RCS Paris B482. 011 269, siège social : 7, rue du Regard – 75006 Paris

Et

APGIS

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L. 931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304-217-904, siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex

Et

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, siège social : 143, rue Blomet – 75015 Paris

Définissent dans le texte ci-après,

- Le terme « **Contractant** » désigne :

Les Organisations Représentatives du collègue employeur et collègue salariés de la Branche de la production et de la transformation des papiers et cartons, signataires de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021 et de l'Avenant n° 2 du 6 octobre 2022 relatif au régime frais de santé de la Branche de la production et de la transformation des papiers et cartons.

- Le terme « **Entreprises adhérentes** » désigne :

Les **entreprises** relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, ses accords et avenants,

Les **établissements rattachés** à une entreprise relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021, ses accords et avenants, sous réserve que l'effectif de cet établissement ne dépasse pas 50% de l'effectif du groupe et de l'acceptation des Assureurs, et ayant adhéré aux conditions générales du Contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire référencé CONDITIONS GENERALES -FRAIS MEDICAUX COLLECTIFS au 1er janvier 2023.

- Le terme « **Régime** » désigne :

Le régime frais de santé dont les prestations et cotisations sont définies dans la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, ses accords et avenants.

- Le terme « **Contrat collectif obligatoire** » désigne :

Le contrat souscrit par une Entreprise adhérente auprès d'un des Assureurs recommandés répondant aux exigences minimales prévues par l'Accord relatif aux frais de santé du 6 octobre 2022 et aux conditions de la présente Convention cadre frais de santé.

- Le terme « **Convention Collective** » désigne :

La Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021, son avenant n°2 du 6 octobre 2022 accord relatif aux frais de santé.

- « **L'Accord** » désigne :

L'avenant n°2 à l'Accord du 6 octobre 2022 relatif aux frais de santé de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, à effet du 1^{er} janvier 2023. Cet accord est mis en place pour les salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, en matière de remboursement de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

D'un commun accord entre les parties, il a été convenu ce qui suit :

1. OBJET

La présente Convention Cadre frais de santé souscrite par le Contractant a pour objet de permettre aux entreprises, entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, d'adhérer, à compter du 1^{er} janvier 2023, auprès d'un des Assureurs recommandés, à un Contrat collectif obligatoire frais de santé répondant aux exigences minimales prévues par l'Avenant n° 2 à l'Accord frais de santé en date du 6 octobre 2022, et selon les conditions définies à la présente Convention cadre frais de santé.

Outre les présentes dispositions, la présente Convention se compose :

- Des conditions générales qui régissent les rapports entre l'un des Assureurs et les Entreprises adhérentes et définissent les modalités d'application des garanties proposées (Annexe 1 - Conditions générales au 1^{er} janvier 2023). Ces conditions générales définissent notamment les conditions d'adhésion des Entreprises adhérentes, la définition des bénéficiaires et leurs conditions d'affiliation et les modalités de gestion des cotisations et des prestations.
- De la notice d'information (Annexe 2- Notice d'information au 1^{er} janvier 2023) établie par les Assureurs recommandés qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir à l'occasion de toute demande de prestations. Elle est remise par l'Entreprise adhérente aux Assurés.
- Des formules de garanties proposées par les Assureurs (Annexe 3 - Garanties au 1^{er} janvier 2023),
- Des tarifs inhérents aux garanties proposées (Annexe 4 - Tarifs au 1^{er} janvier 2023),

Un protocole technique et financier (PTF) et un protocole de gestion (PTG) viennent compléter la présente convention.

2. CADRE JURIDIQUE DES CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES : CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES

Les Contrats collectifs frais de santé à adhésion obligatoire sont régis par, le Code des assurances lorsqu'ils sont souscrits auprès de PRODIGEO Assurances, ou par le Code de la sécurité sociale lorsqu'ils sont souscrits auprès de l'APGIS, ou par le Code de la mutualité lorsqu'ils sont souscrits auprès d'HARMONIE MUTUELLE et relèvent de l'article R.321-1 du code des assurances [branches 1 et 2 (Accidents – Maladie)] de l'article R. 931- 2-1 du Code de la Sécurité sociale ou de l'article R.211- 2 du Code de la Mutualité.

Les garanties définies par le Contrat collectif et obligatoire de frais de santé s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats solidaires et responsables ». A ce titre :

- Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- Les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant dans les conditions prévues aux articles visés ci-après et au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas, les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles légales et/ou réglementaires des contrats responsables. En cas de contradiction entre les dispositions contractuelles et les règles légales et/ou réglementaires du contrat responsable et leurs évolutions, seules ces dernières priment sur les présentes dispositions.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans l'Annexe « Tableau de garanties » peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale).

3. RECOMMANDATION DES ASSUREURS

La présente convention s'inscrit dans le cadre de la recommandation des Assureurs prévue par l'Accord à l'issue d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1, II du Code de la Sécurité sociale.

Cette recommandation prend effet au 1^{er} janvier 2023 pour une durée maximum de cinq ans à l'issue de laquelle les partenaires sociaux de la Branche procéderont à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques couverts par le Régime.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale, les Assureurs adressent annuellement au ministre chargé de la Sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du Régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Le décret n° 2015-752 du 24 juin 2015 modifié précise le contenu devant figurer dans le rapport.

4. DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE – FONDS PARITAIRE FRAIS DE SANTE (FPFS)

Conformément à l'Accord et à l'article R 912-3 du Code de la Sécurité sociale, le Régime finance des actions matérialisant son degré élevé de solidarité à travers la constitution d'un fonds solidaire désigné « Fonds Paritaire Frais de Santé » (FPFS), alimenté par 2 % des cotisations du régime, auquel toutes les entreprises de la branche relevant du champ d'application de l'avenant n° 2 du 6 octobre 2022 de l'Accord frais de santé sont tenues de cotiser. Le choix et les modalités de fonctionnement de ce fonds sont déterminés par la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion (CPCG). Ce fonds est piloté par PRODIGEO Assurances qui collecte notamment le financement des entreprises non adhérentes aux organismes recommandés.

Ces actions seront définies conformément aux dispositions des articles R. 912-1 et R.912-2 du Code de la Sécurité sociale par les partenaires sociaux, dans la limite du budget fixé ci-dessus, dans un Règlement spécifique dénommés FPFS.

Les partenaires sociaux de la Branche pourront prévoir une prise en charge :

Totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis selon les critères en vigueur :

D'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé ;

De prestations d'actions sociales.

En fonction des décisions prises par la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion, un avenant à la présente convention cadre sera établi.

5. PRISE D'EFFET, DUREE, REVISION ET RESILIATION

5.1 Prise d'effet et durée

La Convention cadre signée par les Assureurs et le Contractant, prend effet au 1er Janvier 2023 pour une durée au moins égale à celle de la recommandation prévue par l'Accord.

Avant toute dénonciation de la présente Convention, la partie qui en est à l'initiative devra notifier son intention à la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion, par lettre recommandée avec accusé réception, le cachet de la poste faisant foi.

La Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion convoquera les parties intéressées à une réunion qui se tiendra dans les deux mois suivant à compter de la date de réception de cette notification.

A défaut d'accord à l'issue de la réunion de la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion, la dénonciation de la présente Convention sera signifiée par son auteur par lettre recommandée avec accusé réception, le cachet de la poste faisant foi, envoyée au plus tard six mois avant la date d'effet de la dénonciation.

La dénonciation de la présente Convention ne mettra pas fin aux contrats d'assurance souscrits par les Entreprises de la branche mais aura pour conséquence d'exclure les Entreprises du périmètre de la mutualisation organisée par la présente Convention cadre.

Les organismes Assureurs informeront les Entreprises de la dénonciation de la Convention cadre par lettre recommandée au moins 2 mois avant la fin de l'exercice civil, afin que celles-ci puissent résilier leur contrat si elles le souhaitent.

5.2 Fonctionnement et révision

Le fonctionnement de la Convention cadre est soumis au contrôle de la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion qui étudie les modifications des prestations et des cotisations et gère le Fonds Paritaire Frais de santé.

Les organismes assureurs s'engagent à maintenir pendant deux années à compter du 1^{er} janvier 2023, les taux de cotisations visés à l'article 9.1 pour les exercices d'assurance 2023 à 2024 (du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024), sauf en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire et sous réserve des dispositions des articles 9.1 et 9.2 de la présente Convention cadre.

Les conditions de la Convention cadre (garanties, tarifications et règles d'application précisées dans les conditions générales) sont fixées sur la base de l'équilibre technique (rapport prestations/cotisations) des Contrats collectifs obligatoires, des bases de versement des prestations du Régime Obligatoire (Sécurité sociale, Alsace-Moselle), du Régime mis en place par l'Accord et plus généralement des dispositions légales ou réglementaires en vigueur à la date d'effet de la Convention cadre.

Si l'un de ces éléments venait à être modifié, la présente Convention cadre (et notamment l'étendue des garanties et/ou le montant des cotisations) pourrait faire l'objet de modification, en accord avec le Contractant, par voie d'avenant.

5.3 Dénonciation de la Convention cadre et sort des réserves

La dénonciation de la Convention cadre entraîne le transfert des réserves et du fonds de solidarité prévus dans le protocole d'établissement des comptes signé entre les parties vers les réserves et le Fonds Paritaire Frais de Santé de la Convention conclue avec un -ou plusieurs- nouvel(eaux) organisme(s) recommandé(s) et en tout état de cause, dans le respect des dispositions légales,

réglementaires ou jurisprudentielles applicables lors de la résiliation.

En cas de non-respect des engagements prévus par ladite Convention, la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs pourra être remise en cause dans un délai de six mois de préavis, au plus tard le 30 juin pour une résiliation le 31 décembre de l'année, et le/les organismes concernés devront transférer les réserves conformément au Protocole Technique et Financier joint en annexe (100% de la Réserve Générale et 100% du Fonds Paritaire Frais de Santé).

En aucun cas une Entreprise adhérente qui résilie son Contrat frais de santé collectif et obligatoire ne pourra demander un transfert de réserves du régime des actifs comme du Régime des anciens salariés.

Les conditions techniques et financières sont précisées dans le protocole d'établissement des comptes afférent à la présente Convention cadre.

5.4 Apéritif

L'apéritif de la présente Convention cadre est confiée par les partenaires sociaux de la Branche de la production et transformation papiers cartons à PRODIGEO Assurances, à la date de signature des présentes.

6. SUIVI TECHNIQUE

6.1 Le suivi par la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion

La Convention cadre est soumise au contrôle des partenaires sociaux de la Branche, Contractant, dans le cadre de la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion. A cette fin le suivi technique fera l'objet d'une présentation réalisée par les Assureurs, au moins deux fois par an, au cours de laquelle les Assureurs fourniront à la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion l'ensemble des éléments nécessaires au suivi et au pilotage du Régime.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux de la Branche, Contractant, dans le respect des dispositions de l'article L.912-1, III du Code de la Sécurité sociale, dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet de la présente Convention cadre.

Les parties signataires de l'Accord frais de santé du 6 octobre 2022 se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du délai quinquennal mentionné ci-dessus.

6.2 Frais de pilotage et de suivi technique de la convention cadre et d'information des assurés

Les frais de suivi des conseillers techniques du Contractant selon le barème en vigueur ainsi que les frais relatifs aux actions de promotion et frais d'apéritif seront pris en charge, pour leur facturation effective, dans le cadre des comptes de résultats.

6.3 Périodicité des comptes

Chaque année, et courant juin, les Assureurs soumettent à l'approbation de la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente. La Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion doit être en mesure d'approuver les comptes au plus tard le 30 juin et procède ainsi à l'affectation des éventuels excédents.

Les Assureurs présenteront une situation comptable intermédiaire de l'année en cours courant octobre de l'année N.

Conformément aux dispositions de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les Assureurs établissent pour chaque exercice civil un rapport sur les résultats du Régime correspondant aux activités consolidées de toutes les Entreprises adhérentes.

Ce rapport comprend notamment :

- Les cotisations encaissées selon les périodes par trimestre,
- La détermination des cotisations restant à encaisser,
- Les prestations versées par date de soins,
- Les statistiques de consommation par poste, quantités d'actes, reste à charge...

Ce rapport sera adressé au Contractant après l'approbation des comptes par la Commission de Contrôle et de Gestion et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré. Les Entreprises adhérentes seront également informées.

Ce rapport reprend tant les éléments fixés par l'article 3 du décret n°90-769 du 30 août 1990, que ceux figurant dans le décret n°2015-752 du 24 juin 2015.

6.4 Modalités d'établissement des comptes – participation aux excédents

Les paramètres techniques du compte, les conditions de la mutualisation et l'ensemble des éléments nécessaires au suivi du risque (suivi des cotisations et des prestations, statistiques sur la consommation et les effectifs gérés) seront définis dans le Protocole technique et financier (PTF).

7. LA PROMOTION DE LA CONVENTION CADRE

7.1 La promotion par le Contractant

Le Contractant s'engage à promouvoir auprès des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons (IDCC 3238) la présente Convention cadre répondant aux exigences du Régime fixé par l'Accord et fondé sur une mutualisation optimisée du régime de Branche.

Il s'engage à en assurer une promotion régulière au cours de la durée de la Convention cadre.

7.2 La promotion par les Assureurs

Les Assureurs recommandés interviennent auprès des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons (IDCC 3238) afin de proposer la souscription de Contrats collectifs obligatoires.

Pour toutes les entreprises relevant du portefeuille de chacun des Assureurs au 31 décembre 2022 et relevant de la CCN de la production et de la transformation des papiers et cartons, les Assureurs recommandés s'engagent à proposer prioritairement la souscription d'un contrat collectif obligatoire répondant aux conditions de l'Accord et de la présente convention cadre, et par conséquent s'engagent à ne pas proposer en premier lieu, un autre type de contrat comme un contrat répondant aux conditions de l'accord mais avec des aménagements.

L'objectif des Assureurs dans le cadre de la convention est de promouvoir la mutualisation du Régime de Branche.

Les Assureurs pourront déployer des opérations de communication à distance (mails, téléphone) auprès de toutes les entreprises de la branche afin de promouvoir le Régime de branche.

En complément des actions prévues dans le cadre de la mise en place (information par courrier ou téléphone des entreprises de la branche et des salariés, souscription à la Convention...), les Assureurs s'appuieront au niveau national sur leur réseau commercial.

Les Assureurs s'engagent à respecter les conditions prévues dans le protocole de gestion.

A l'exception des particularités statutaires ou modalités de gestion propres à chaque organisme assureur, le texte des Conditions Générales et des notices d'information sera commun aux Assureurs recommandés et conforme aux dispositions de la présente Convention cadre et aux différents codes dont chacun relève.

La présentation et la promotion commerciale seront assurées par chacun selon leurs modalités propres.

La Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion sera vigilante quant au suivi de la mutualisation, et sera saisie de toute difficulté sur ce sujet.

8. GARANTIES

Les garanties proposées sont mentionnées à l'Annexe 3 de la présente Convention cadre. Elles s'appliquent dans les conditions fixées aux conditions générales (Annexe 1).

9. COTISATIONS

9.1 Taux et montant

➤ SALARIES ACTIFS

Les taux de cotisations applicables à compter du 1^{er} janvier 2023 et repris en Annexe 4 sont exprimés, toutes taxes comprises et en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale.

La cotisation est déterminée à la date d'effet du Contrat collectif obligatoire de l'Entreprise adhérente et est indexée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution du Plafond de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisations incluent l'assistance, le coût de la portabilité des droits (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale – définie aux Conditions générales Frais médicaux collectifs Annexe 1) et les 2% au titre du degré élevé de solidarité prévu par l'article 4 de la présente Convention cadre).

Les taux de cotisations incluent la taxe solidarité additionnelle dont le taux est de 13,27% et des frais de chargements fixés dans le Protocole de gestion (PTG).

Toute(s) taxe(s) ou contributions légales présente(s) ou future(s) qui viendrai(en)t à s'appliquer sera(ont) mise(s) à la charge de l'Entreprise adhérente.

L'accès au service de réseau de soins proposé par les Assureurs est intégré aux cotisations.

➤ ANCIENS SALARIES

Les taux de cotisations applicables à compter du 1^{er} janvier 2023 et repris en Annexe 4 sont exprimés, toutes taxes comprises et en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale. La cotisation est déterminée à la date d'effet de l'adhésion et est indexée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution du Plafond de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisations incluent l'assistance et les 2% au titre du degré élevé de solidarité prévu par l'article 4 de la présente Convention cadre).

Les taux de cotisations incluent la taxe solidarité additionnelle dont le taux est de 13,27% et des frais de chargements fixés dans le Protocole technique de gestion (PTG).

Toute(s) taxe(s) ou contributions légales présente(s) ou future(s) qui viendrai(en)t à s'appliquer sera(ont) mise(s) à la charge de l'Assuré ou Bénéficiaire.

L'accès au service de réseau de soins proposé par les Assureurs est intégré aux cotisations.

9.2 Evolution des taux de cotisations

Les Assureurs s'engagent à maintenir les taux de cotisations proposés sauf désengagement du Régime Obligatoire et évolutions réglementaires dans les conditions fixées par le Protocole technique et financier.

Les taux de cotisation sont fixés en fonction des dispositions générales applicables à la Convention cadre, de la réglementation fiscale et sociale et des bases de remboursements du Régime Obligatoire d'assurance maladie et sur la base de l'équilibre technique du Régime.

Si l'un de ces éléments venait à être modifié, les parties conviendraient d'un commun accord des mesures à appliquer, par voie d'avenant à la Convention cadre.

10. REGLEMENT DES LITIGES – PROCEDURE D'ARBITRAGE

Si un litige portant sur l'application de la présente Convention cadre et ses avenants survient entre les parties signataires et ne peut être réglé par la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion de la convention collective, lesdites parties s'engagent à s'en rapporter à la décision rendue par quatre arbitres choisis respectivement par chacune d'elles, à raison de deux par les Assureurs, un par l'Organisation Patronale et un par les Organisations Syndicales des salariés. Ces arbitres auraient à choisir un cinquième arbitre s'ils se trouvaient eux-mêmes en désaccord.

En cas de désaccord sur le choix du cinquième arbitre, celui-ci sera désigné par simple requête de la partie la plus diligente au président du Tribunal Judiciaire de Paris.

Chacune des parties supportera les frais et honoraires du ou des arbitres choisis par elle et, éventuellement ceux du cinquième arbitre à raison de 50% pour les Assureurs, 25% pour l'Organisation Patronale et 25% pour les Organisations Syndicales des salariés.

11. UTILISATION DES MARQUES ET LOGOS

Le Contractant autorise expressément, de façon non exclusive, à titre gratuit et pour la durée de la Convention cadre frais de santé, les Assureurs à représenter et à reproduire sur les documents contractuels ainsi que sur tout autre document nécessaire à la mise en œuvre de ladite Convention cadre ses marques, logos et dénomination sociale.

Il en est de même dans le cadre de toute opération commerciale, tout communiqué de presse et sur tout support diffusé au public.

12. AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des Assureurs est :

**L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution (ACPR) 4 PLACE DE BUDAPEST
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09**

**Annexe 1 - Conditions générales Frais
médicaux collectifs
Au 1^{er} janvier 2023**

**Annexe 2 – Notice d'information
Au 1er janvier 2023**

Annexe 3 – Garanties au 1^{er} janvier 2023

FRAIS MEDICAUX	Honoraires Médicaux	Consultation - visites : Généralistes (signataires DPTM *)	100% BR			
		Consultation - visites : Généralistes (non signataires DPTM *)	100% BR			
		Consultation - visites : Spécialistes signataires (signataires DPTM *)	220% BR			
		Consultation - visites : Spécialistes (non signataires DPTM *)	200% BR			
		Soins Externes				
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (signataires DPTM*)	170% BR			
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (non signataires DPTM*)	150% BR			
		Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (signataires DPTM*)	150% BR			
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (non signataires DPTM*)	130% BR				
	Médicaments remboursés Ss	100% BR				
	Analyses et examens de biologie	100% BR				
	Honoraires paramédicaux	100% BR				
	Matériel médical	200% BR				
	Transport accepté par la Ss	100% BR				
FRAIS D'HOSPITALISATION	Frais de séjour ⁽¹⁾	Honoraires (signataires DPTM *)	200% BR			
		Actes de chirurgie (ADC)	220% BR			
		Actes d'anesthésie (ADA)				
		Actes d'obstétrique (ACO)				
		Actes techniques médicaux (ATM)				
		Honoraires (non signataires DPTM *)	200% BR			
		Actes de chirurgie (ADC)				
		Actes d'anesthésie (ADA)				
	Actes d'obstétrique (ACO)					
	Actes techniques médicaux (ATM)					
Forfait Hospitalier ^{(1) (2)}	100% FR					
Forfait Patient Urgences ^{(1) (2bis)}	100% FR					
Forfait actes lourds	100% FR					
Chambre particulière	100% FR					
Conventionnée jour/nuit (avec nuité)	limité à 2% du PMSS / jour					
Conventionnée de jour (sans nuité)	limité à 1% du PMSS / jour					
Personne accompagnante d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁾	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour					
OPTIQUE	Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019	Verres et montures ⁽⁵⁾	Classe A ⁽³⁾ 100% du PLV (***)	Classe B Grille optique 1		
		Verres				
		Monture ⁽⁴⁾				
		Lentilles prescrites (acceptées)	3% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)			
		Lentilles prescrites (refusées, jetables)	3% PMSS par an et par bénéficiaire			
Chirurgie réfractive (par œil)	20% PMSS par an et par bénéficiaire					
DENTAIRE	Soins dentaires ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Onlays/inlays	100% BR			
		Orthodontie	Remboursée par la Ss	100% BR (**)		
			Non remboursée par la Ss	300% BR		
		Prothèse et soins prothétiques non remboursés (codés ayant une BR) ⁽⁸⁾	250% BRR			
		Implantologie (par an et par bénéficiaire) ⁽⁹⁾	7% PMSS par an et par bénéficiaire			
		Prothèses dentaires remboursées: ⁽¹⁰⁾	20% PMSS par an et par bénéficiaire			
		Remboursées par la Ss : dents de sourire (incisives, canines, prémolaires)	Panier 100% ⁽⁶⁾ 100% du PLV (***)	Panier maîtrisé ⁽⁷⁾ 250% BR (**) 220% BR (**) 150% BR (**)	Panier libre ⁽⁷⁾ 125% BR	Panier maîtrisé ⁽⁷⁾ Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)
		Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche				
		Inlays-core				
		AIDES AUDITIVES	Prothèses auditives (classe 2 max de 1700 € RSS inclus) ⁽¹¹⁾	Classe 1 ⁽¹²⁾	100% du PLV (***)	Classe 2
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale						
ACTES DIVERS	Cures thermales acceptées par la Ss ⁽¹³⁾	Patch anti-tabac, Contraception et Vaccins non remboursés	100% BR			
		Médecines non allopathiques (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur, Homéopathie) reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels ⁽¹⁴⁾	3% PMSS par an et par bénéficiaire			
			30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire			
ACTES DE PREVENTION	Tous les actes des contrats responsables		100% BR			

FRAIS MEDICAUX	Honoraires Médicaux	Consultation - visites : Généralistes (signataires DPTM *)	100% BR	
		Consultation - visites : Généralistes (non signataires DPTM *)	100% BR	
		Consultation - visites : Spécialistes signataires (signataires DPTM *)	220% BR	
		Consultation - visites : Spécialistes (non signataires DPTM *)	200% BR	
		Soins Externes		
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (signataires DPTM*)	170% BR	
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (non signataires DPTM*)	150% BR	
		Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (signataires DPTM*)	160% BR	
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (non signataires DPTM*)	140% BR		
	Médicaments remboursés Ss	100% BR		
	Analyses et examens de biologie	100% BR		
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100% BR	
		Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	100% BR	
Matériel médical	Orthopédie et autres prothèses	200% BR		
	Transport accepté par la Ss	100% BR		
FRAIS D'HOSPITALISATION	Frais de séjour ⁽¹⁾		200% BR	
	Honoraires	Honoraires (signataires DPTM *)		
		Actes de chirurgie (ADC)		
		Actes d'anesthésie (ADA)	250% BR	
		Actes d'obstétrique (ACO)		
		Actes techniques médicaux (ATM)		
		Honoraires (non signataires DPTM *)		
		Actes de chirurgie (ADC)		
		Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR	
		Actes d'obstétrique (ACO)		
		Actes techniques médicaux (ATM)		
Forfait Hospitalier ⁽¹⁾⁽²⁾		100% FR		
Forfait Patient Urgences ^{(1)(2bis)}		100% FR		
Forfait actes lourds		100% FR		
Chambre particulière		100% FR		
Conventionnée jour/nuit (avec nuité)		limité à 2,5% du PMSS /jour		
Conventionnée de jour (sans nuité)		limité à 1,25% du PMSS /jour		
Personne accompagnante d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁾		100% FR		
		limité à 2% PMSS /jour		
OPTIQUE	Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019	Verres et montures ⁽⁵⁾	Classe A ⁽³⁾	Classe B
		Verres	100% du PLV ^(***)	Grille optique 2
		Monture ⁽⁴⁾		
		lentilles prescrites (acceptées)		4,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)
		lentilles prescrites (refusées, jetables)		4,5% PMSS par an et par bénéficiaire
		Chirurgie réfractive (par œil)		23% PMSS par an et par bénéficiaire
DENTAIRE	Soins dentaires ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Onlays/inlays		100% BR
		Orthodontie	Remboursée par la Ss	100% BR (**)
			Non remboursée par la Ss	320% BR
		Prothèse et soins prothétiques non remboursés (codés ayant une BR) ⁽⁸⁾		250% BRR
		Implantologie (par an et par bénéficiaire) ⁽⁹⁾		8% PMSS par an et par bénéficiaire
		Prothèses dentaires remboursées: ⁽¹⁰⁾		23% PMSS par an et par bénéficiaire
			Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	
			Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	
			Inlays-core	
				Panier 100% ⁽⁶⁾
		100% du PLV ^(***)	Dans la limite de 1 050 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)	
AIDES AUDITIVES	Prothèses auditives (classe 2 max de 1700 € RSS inclus) ⁽¹¹⁾	Classe 1 ⁽¹²⁾	Classe 2	
		100% du PLV ^(***)	20% PMSS plus de 20 ans	300 € jusqu'à 20 ans
	Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale			100% BR
ACTES DIVERS	Cures thermales acceptées par la Ss ⁽¹³⁾			100% BR
	Patch anti-tabac, Contraception et Vaccins non remboursés			4,5% PMSS par an et par bénéficiaire
	Médecines non allopathiques (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie) reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels ⁽¹⁴⁾			40 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION	Tous les actes des contrats responsables			100% BR

FRAIS MEDICAUX	Honoraires Médicaux	Consultation - visites : Généralistes (signataires DPTM *)	100% BR			
		Consultation - visites : Généralistes (non signataires DPTM *)	100% BR			
		Consultation - visites : Spécialistes signataires (signataires DPTM *)	220% BR			
		Consultation - visites : Spécialistes (non signataires DPTM *)	200% BR			
		Soins Externes				
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (signataires DPTM*)	170% BR			
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (non signataires DPTM*)	150% BR			
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (signataires DPTM*)	170% BR				
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (non signataires DPTM*)	150% BR				
	Médicaments remboursés Ss	100% BR				
	Analyses et examens de biologie	100% BR				
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100% BR				
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	100% BR				
Matériel médical	Orthopédie et autres prothèses	200 % BR				
Transport accepté par la Ss		100% BR				
FRAIS D'HOSPITALISATION	Frais de séjour ⁽¹⁾	Honoraires (signataires DPTM *)	200% BR			
		Actes de chirurgie (ADC)	300% BR			
		Actes d'anesthésie (ADA)				
		Actes d'obstétrique (ACO)				
		Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR			
		Honoraires (non signataires DPTM *)				
		Actes de chirurgie (ADC)				
	Actes d'anesthésie (ADA)					
	Actes d'obstétrique (ACO)					
	Actes techniques médicaux (ATM)					
	Forfait Hospitalier ^{(1) (2)}	100% FR				
Forfait Patient Urgences ^{(1) (2bis)}	100% FR					
Forfait actes lourds	100% FR					
Chambre particulière	100% FR					
Conventionnée jour/nuit (avec nuité)	limité à 3% du PMSS / jour					
Conventionnée de jour (sans nuité)	limité à 1,5% du PMSS / jour					
Personne accompagnante d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁾	100% FR limité à 3% PMSS / jour					
OPTIQUE	Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019	Verres et montures ⁽⁵⁾	Classe A ⁽³⁾	Classe B		
		Verres	100% du PLV (***)	Grille optique 3		
		Monture ⁽⁴⁾		6,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)		
		lentilles prescrites (acceptées)		6,5% PMSS par an et par bénéficiaire		
		lentilles prescrites (refusées, jetables)		25% PMSS par an et par bénéficiaire		
Chirurgie réfractive (par œil)						
DENTAIRE	Soins dentaires ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Onlays/inlays	100% BR			
		Orthodontie	Remboursée par la Ss	100% BR (**)		
			Non remboursée par la Ss	350% BR		
		Prothèse et soins prothétiques non remboursés (codés ayant une BR) ⁽⁸⁾	250% BR			
		Implantologie (par an et par bénéficiaire) ⁽⁹⁾	10% PMSS par an et par bénéficiaire			
		Prothèses dentaires remboursées: ⁽¹⁰⁾	25% PMSS par an et par bénéficiaire			
			Remboursées par la Ss : dents de sourire (incisives, canines, prémolaires)	Panier 100% ⁽⁶⁾	Panier maîtrisé et panier libre ⁽⁷⁾	
			Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche			
			Inlays-core	100% du PLV (***)	450% BR (**)	Dans la limite de 1 450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)
				350% BR (**)		
	200% BR (**)					
AIDES AUDITIVES	Prothèses auditives (classe 2 max de 1700 € RSS inclus) ⁽¹¹⁾	Classe 1 ⁽¹²⁾	Classe 2			
		100% du PLV (***)	1700 € par oreille			
			100% BR			
ACTES DIVERS	Cures thermales acceptées par la Ss ⁽¹³⁾		100% BR			
		Patch anti-tabac, Contraception et Vaccins non remboursés	5% PMSS par an et par bénéficiaire			
		Médecines non allopathiques (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie) reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels ⁽¹⁴⁾	50 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire			
ACTES DE PREVENTION	Tous les actes des contrats responsables		100% BR			

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse, montants par verre)		Grille Optique 1		Grille Optique 2		Grille Optique 3	
		CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX	sphère de 0 à +2	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		75,00 €		90,00 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		90,00 €		100,00 €
	sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00 €		130,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		85,00 €		100,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		95,00 €		110,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		110,00 €		120,00 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	140,00 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		80,00 €		135,00 €		140,00 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		140,00 €		150,00 €
	cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		150,00 €		160,00 €
MUTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	sphère de 0 à +2	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		160,00 €		180,00 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		175,00 €		200,00 €
	sphère < -8 ou > +8		130,00 €		175,00 €		200,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		180,00 €		210,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		190,00 €		220,00 €
	cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00 €		230,00 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		180,00 €		210,00 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00 €
	cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		200,00 €		230,00 €
MONTURES ET AUTRES	Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
	Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €		100,00 €

sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL

Notes communes à l'ensemble des options

(1) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences

(2) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge

(2bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale

(3) Équipement 100% Santé « Classe A », pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.

Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements combinant des verres «100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018.

La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur

(4) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €

(5) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge ;
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement ;
- pour les bénéficiaires de moins de 6 ans : après une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).

(6) Soins et prothèses dentaires relevant du «100% Santé » définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(7) Dispositif dit « Hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif maîtrisé » ou « libre » sont pris en charge à hauteur des garanties fixées au Tableau des garanties, limitées aux Honoraires limites de facturation (H.L.F) pour le tarif maîtrisé, et sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

(8) Sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées

(9) Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

(10) Pour les prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire, on entend par :

- dents visibles : les incisives, canines et prémolaires, elles portent les numéros 15 à 25 (en haut) et 35 à 45 (en bas),
- dents non-visibles : les molaires et dents de sagesse, elles portent les numéros 16 à 18 et 28 à 26 (en haut), 38 à 36 et 46 à 48 (en bas).

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

(12) Prothèses auditives relevant du "100% Santé" définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(13) Sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le Régime Obligatoire, le 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 thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte

(14) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
- Homéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

Les soins doivent être effectués en France métropolitaine

(*) DPTM : OPTAM/OPTAM-CO Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale,

(**) Dans la limite du contrat responsable pour les montants définis pour le panier maîtrisé

(***) Dans la limite fixée par la réforme 100% santé

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

NB : la part Sécurité sociale indiquée est celle du régime général (ne concerne pas le régime Alsace-Moselle).

Annexe 4 – Tarifs au 1^{er} janvier 2023

TARIFS GARANTIES ACTIFS

Structure de cotisation : Salarié obligatoire/Conjoint facultatif/Enfant facultatif		Cotisation TTC en % PMSS		
		Régime Général	Régime Local	Cotisation à indiquer
Base	Salarié obligatoire	1,48%	0,89%	Totale Base
	Conjoint facultatif	1,58%	0,94%	Totale Base
	Enfant facultatif	0,96%	0,57%	Totale Base
Option 1	Salarié obligatoire	1,67%	1,07%	Totale Option 1
	Salarié facultatif Option 1 - Base	0,20%	0,20%	Différentielle Option 1 - Base
	Conjoint facultatif	1,78%	1,14%	Totale Option 1
	Enfant facultatif	1,03%	0,64%	Totale Option 1
Option 2	Salarié obligatoire	1,87%	1,27%	Totale Option 2
	Salarié facultatif Option 2 - Base	0,41%	0,41%	Différentielle Option 2 - Base
	Salarié facultatif Option 2 - Option 1	0,21%	0,21%	Différentielle Option 2 - Option 1
	Conjoint facultatif	1,99%	1,35%	Totale Option 2
	Enfant facultatif	1,10%	0,72%	Totale Option 2

GARANTIES DROITS DE SUITE		Cotisation TTC en % PMSS - REGIME GENERAL			Cotisation TTC en % PMSS - REGIME LOCAL		
Structure de cotisation : Salarié		Année 1	Année 2	Année 3	Année 1	Année 2	Année 3
BASE	Conjoint de salarié décédé	1,48%	1,85%	2,22%	0,89%	1,11%	1,34%
	Chômeur ou son conjoint	1,48%	1,85%	2,22%	0,89%	1,11%	1,34%
	Invalide ou son conjoint	1,48%	1,85%	2,22%	0,89%	1,11%	1,34%
	Pré-retraité ou son conjoint	1,48%	1,85%	2,22%	0,89%	1,11%	1,34%
	Retraité	1,48%	1,85%	2,22%	0,89%	1,11%	1,34%
	Conjoint de retraité	1,48%	1,85%	2,22%	0,89%	1,11%	1,34%
	Enfant	0,96%	1,20%	1,44%	0,57%	0,71%	0,86%
OPTION 1	Conjoint de salarié décédé	1,67%	2,09%	2,51%	1,07%	1,34%	1,61%
	Chômeur ou son conjoint	1,67%	2,09%	2,51%	1,07%	1,34%	1,61%
	Invalide ou son conjoint	1,67%	2,09%	2,51%	1,07%	1,34%	1,61%
	Pré-retraité ou son conjoint	1,67%	2,09%	2,51%	1,07%	1,34%	1,61%
	Retraité	1,67%	2,09%	2,51%	1,07%	1,34%	1,61%
	Conjoint de retraité	1,67%	2,09%	2,51%	1,07%	1,34%	1,61%
	Enfant	1,03%	1,29%	1,55%	0,64%	0,80%	0,96%
OPTION 2	Conjoint de salarié décédé	1,87%	2,34%	2,81%	1,27%	1,59%	1,91%
	Chômeur ou son conjoint	1,87%	2,34%	2,81%	1,27%	1,59%	1,91%
	Invalide ou son conjoint	1,87%	2,34%	2,81%	1,27%	1,59%	1,91%
	Pré-retraité ou son conjoint	1,87%	2,34%	2,81%	1,27%	1,59%	1,91%
	Retraité	1,87%	2,34%	2,81%	1,27%	1,59%	1,91%
	Conjoint de retraité	1,87%	2,34%	2,81%	1,27%	1,59%	1,91%
	Enfant	1,10%	1,38%	1,65%	0,72%	0,90%	1,08%

La présente Convention cadre est établie en quatre exemplaires dont trois exemplaires sont à retourner signés aux Assureurs.

Fait à Paris le XXXXXXXX

Signatures

Pour le CONTRACTANT,
Représentée par :

La FILPAC CGT ;
Représentée par :

La FCE CFDT ;
Représentée par :

La FO CONSTRUCTION;
Représentée par :

La FIBOPA CFE-CGC,
Représentée par :

Pour PRODIGEO Assurances,

Représentée par Stephan REUGE, Président du directoire de PRODIGEO Assurances

Pour l'APGIS,

Représentée par : Corinne PRAYEZ - Directeur Général

Pour HARMONIE MUTUELLE,

Représentée par Nathalie GASTE, Directrice Souscription Expertise Assurance