

ACCORD INSTITUANT UN REGIME DE GARANTIES COLLECTIVES

« REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

AU PROFIT DES FONCTIONNAIRES ET CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC DE LA POSTE

Entre la Direction Générale de La Poste, représentée par Monsieur Georges LEFEBVRE, Délégué Général, Directeur des Ressources Humaines et des Relations Sociales, d'une part,

et les organisations syndicales représentatives signataires du présent accord :

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

PREAMBULE

Les parties reconnaissent le caractère fondateur du présent accord dans la mesure où il crée un régime de remboursement des frais de santé pour les fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste, conformément à la possibilité instaurée par l'article 10 de la loi 2010-123.

Le régime institué par le présent accord a un caractère obligatoire pour l'ensemble du personnel fonctionnaire et contractuel de droit public pour le régime de base et facultatif pour les options.

Les parties conviennent que la pérennité du régime résultera d'une maîtrise partagée de l'équilibre des cotisations et des prestations, équilibre qu'elles s'engagent à assurer de manière concertée.

La mise en œuvre de ce régime passe par la souscription par La Poste d'un contrat d'assurance auprès d'un organisme habilité. Ce dernier doit se conformer aux dispositions réglementaires qui régissent les contrats collectifs d'assurance, applicables par extension aux fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste, notamment celles de la loi 89-1009 dite loi EVIN du 31 décembre 1989, ainsi que celles de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et à tous leurs décrets d'application et en particulier, le Contrat Responsable.

Les garanties et cotisations du régime de base sont fixées selon les modalités réglementaires en vigueur pour les contrats collectifs obligatoires. En cas d'évolution de la réglementation ou de remise en cause du régime fiscal et social associé, les parties conviennent de réviser l'accord par avenant pour préserver le caractère collectif obligatoire de ce régime de base.

SOMMAIRE

	Pages
Préambule	1
Sommaire	2
CHAPITRE 1 : OBJET	2
CHAPITRE 2 : LE REGIME DE BASE « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE »	
OBLIGATOIRE	3
Article 1 : Affiliation	3
Article 2 : Définition des ayants droit	4
Article 3 : Prise d'effet des garanties pour les ayants droit	5
Article 4 : Les suspensions de garanties	6
Article 5 : Les cotisations du régime de base obligatoire	6
CHAPITRE 3 : LES OPTIONS FACULTATIVES	10
Article 6 : L'affiliation à une option	10
Article 7 : Cessation de l'adhésion à une option	10
Article 8 : Changement de niveau d'option	11
Article 9 : Résiliation d'une option	11
Article 10 : Paiement de la cotisation de l'option	11
Article 11 : Défaut de paiement de la cotisation de l'option	12
Article 12 : Les cotisations des options	12
CHAPITRE 4 : LES GARANTIES	13
CHAPITRE 5 : LES MAINTIENS DES GARANTIES	14
Article 13 : Le maintien des garanties pendant certaines suspensions d'activité	14
Article 14 : Le maintien des garanties au titre de l'avenant n°3 de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008	15
Article 15 : Assiette des cotisations afférentes aux maintiens de garanties du Régime de base obligatoire	16
Article 16 : Cotisations afférentes aux maintiens de garanties	16
Article 17 : Cas des départs en retraite	17
CHAPITRE 6 : MODALITES DE SUIVI DE L'EQUILIBRE DU REGIME DE BASE ET DES OPTIONS	17
Article 18 - Le compte du régime de base obligatoire	17
Article 19 - Les comptes des options facultatives	18
CHAPITRE 7 : ORGANISME ASSUREUR DU REGIME	18
CHAPITRE 8 : OBLIGATION D'INFORMATION	18
CHAPITRE 9 : DATE D'EFFET DU REGIME ET DUREE	18
CHAPITRE 10 : REVISION ET DENONCIATION	18
CHAPITRE 11 : COMMISSION DE SUIVI : FONCTIONNEMENT ET ROLE	19
CHAPITRE 12 : DEPOT PUBLICITE	20
Annexe	21 à 38

CHAPITRE 1 : OBJET

Le régime se compose d'une part, d'un Régime de base obligatoire « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE », et d'autre part, d'Options facultatives au choix de l'agent.

Le présent accord a pour objet :

- de définir le cadre juridique et les modalités de financement du Régime de base obligatoire « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » et des Options facultatives des fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste ;
- de faire adhérer l'ensemble des personnels fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste au contrat d'assurance collectif afférent au Régime de base obligatoire, conclu à cet effet par La Poste auprès d'un organisme assureur ;

PhC PR AB
JF G3 L6

- de préciser les modalités de souscription des Options facultatives proposées aux personnels fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste et intégrées au contrat d'assurance collectif, conclu par La Poste auprès d'un organisme assureur.

Le Régime de base obligatoire prévoit des garanties différentes pour le collège « CADRES » et le collège « EMPLOYES ». Les parties ont souhaité corrélativement que les taux de participation employeur soient plus élevés pour le collège « EMPLOYES ».

Les options facultatives sont constituées de deux niveaux de garanties communs aux deux collèges, à la charge exclusive des personnels fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste. Les parties ont souhaité que les taux de cotisation des Options facultatives soient identiques pour les deux collèges.

L'appartenance d'un agent à l'un ou l'autre des collèges est déterminée par référence aux catégories retenues pour les élections au Conseil d'Administration de La Poste en application de l'article 12 de la loi n°90-568 du 2 juillet 1990.

Il est précisé que le choix du niveau devant être effectué au moment de la mise en place du régime, à défaut de choix exprimé par l'agent, le régime de base sera seul appliqué, en dehors des possibilités de choix d'option prévus au chapitre 3 « LES OPTIONS FACULTATIVES » du présent accord.

CHAPITRE 2 : LE REGIME DE BASE « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE

Le régime de base « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » est à caractère obligatoire. Il vise à assurer une couverture complémentaire aux prestations de la Sécurité Sociale obligatoire pour le fonctionnaire ou contractuel de droit public de la Poste et ses ayants droits à charge au sens de la Sécurité Sociale.

Seront également assimilés à des ayants droits à charge les ascendants et collatéraux dès lors qu'ils sont à charge au sens fiscal et social.

Article 1 : Affiliation

L'affiliation au régime de base est obligatoire. Les personnels concernés sont :

➤ Les agents fonctionnaires :

- en position d'activité ;
- en absence pour raisons médicales (Congé Ordinaire de Maladie, Congé de Longue Durée, Congé de Longue Maladie, Congé d'accident de service) ou mis en disponibilité d'office pour maladie avec prestations en espèces de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale servies par l'employeur ;
- en formation rémunérée ;
- en tous autres motifs d'absence donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (Congé de maternité ou d'adoption, période d'instruction militaire obligatoire ...).

➤ Les agents contractuels de droit public :

- en position d'activité ;
- en absence pour raisons médicales (Congé de Maladie, Congé de grave maladie, Congé pour Accident du Travail ou Maladie professionnelle, Congé sans traitement pour maladie) ;
- en formation rémunérée ;
- en tous autres motifs d'absence donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (Congé de maternité ou d'adoption, période d'instruction militaire obligatoire ...).

L'affiliation est effective dès lors que l'agent a (3) trois mois d'ancienneté continue au sein de La Poste, soit au premier jour du mois suivant la date à laquelle il justifie de trois mois d'ancienneté.

En conséquence, les agents présents à l'effectif de La Poste à la date de prise d'effet du régime et remplissant la condition d'ancienneté requise seront couverts à cette même date, ainsi que leurs ayants droit à charge au sens de la Sécurité Sociale.

Les fonctionnaires en détachement entrant seront affiliés au régime au premier jour du mois suivant celui au cours duquel ils auront acquis 3 (trois) mois d'ancienneté continue.

Les fonctionnaires en réintégration après une période de disponibilité, autre que pour raisons médicales, ou en retour de détachement seront couverts dès le premier jour du mois suivant la date de leur réintégration, sous réserve d'avoir acquis antérieurement trois mois d'ancienneté à La Poste.

En outre, les agents contractuels réemployés après une période de suspension, suite à un congé sans traitement autre que pour raisons médicales, seront couverts dès le premier jour du mois suivant la date de leur réemploi, sous réserve d'avoir acquis antérieurement trois mois d'ancienneté à La Poste.

Dans le cas de conjoints exerçant tous les deux leur activité au sein de La Poste, en qualité soit de fonctionnaire, soit de salarié, chacun sera affilié en son nom propre respectivement sur le régime collectif des fonctionnaires ou sur le régime collectif des salariés.

L'ancienneté de trois mois est définie suivant les dispositions applicables au sein de La Poste, en ce qui concerne les fonctionnaires et agents contractuels de droit public.

Toutefois, les agents qui bénéficient d'une couverture complémentaire au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU-C) peuvent, **à leur demande expresse**, renoncer à être affiliés au Régime, en application de la circulaire ministérielle DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009. Les parties conviennent que cette renonciation est valable pendant toute la période restant à courir jusqu'au prochain réexamen des droits à CMUC-C par la Sécurité Sociale.

L'affiliation du fonctionnaire ou contractuel de droit public entraîne automatiquement la couverture de ses ayants droit. Le fonctionnaire ou contractuel de droit public devra obligatoirement communiquer une copie de son attestation Carte Vitale pour justifier de la couverture de ses ayants droit.

L'affiliation obligatoire s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les fonctionnaires ou contractuels de droit public ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Si l'agent change de statut (employé à cadre) en cours de mois, la prise d'effet du changement de garanties concernant le Régime de base obligatoire, intervient au premier jour du mois suivant. La cotisation est également décomptée le premier jour du mois suivant le changement de statut.

La cotisation et les prestations sont dues pour le mois entier dès lors qu'il est commencé.

Article 2 : Définition des ayants droit

Les ayants droit de l'agent sont :

- **Le conjoint** : est considéré comme ayant droit, le conjoint non divorcé à charge au sens de la Sécurité Sociale ou en période de chômage non indemnisé, durant l'année au cours de laquelle il conserve son propre numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.
Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), le concubin vivant maritalement avec l'agent, à charge au sens de la Sécurité Sociale.
- **Les enfants à charge** : sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'agent à charge au sens de la Sécurité Sociale, et s'ils vivent au foyer, les enfants de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, à charge de l'agent au sens de la Sécurité Sociale :
 - jusqu'à 16 ans ;
 - âgés de plus de 16 ans et de moins de 18 ans y compris lorsqu'ils disposent de leur propre carte Vitale ;
 - âgés de 18 à 20 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 20^{ème} anniversaire), sous réserve d'avoir figuré sur l'Attestation Vitale de l'agent avant leur inscription à la Sécurité Sociale des étudiants ;

PLC PR AB
IF 03 L6

- âgés de plus de 20 ans et de moins de 26 ans et selon le cas :
 - poursuivant leurs études, sous réserve de pouvoir en justifier par un certificat de scolarité et ne bénéficiant pas de la Sécurité Sociale des étudiants ;
 - en apprentissage (ou assimilé) et percevant une rémunération inférieure à 70% du SMIC mensuel et pouvant en justifier par une copie du contrat et leurs bulletins de salaire ;
 - à la recherche d'un premier emploi et inscrits à pôle emploi.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois du 26^{ème} anniversaire.

- sans limite d'âge, lorsque l'enfant est reconnu, avant l'âge de 21 ans, atteint d'un handicap ou d'une maladie grave le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice, (Loi n°75-534 du 30/06/75 modifiée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005).

Les enfants inscrits sous le numéro d'immatriculation de la Sécurité Sociale des deux conjoints ou ex conjoints exerçant tous les deux leur activité au sein de La Poste, en qualité soit de fonctionnaire, soit de salarié, ne seront assurés qu'une seule fois. Il appartient au parent qui ne souhaite pas les rattacher sur son contrat d'en informer l'assureur par écrit, en indiquant que son ou ses enfants à charge ont été déclarés par son conjoint ou ex conjoint, ce choix étant définitif, sauf changement de situation professionnelle ou familiale.

Les enfants sous contrat d'apprentissage avec La Poste remplissant les conditions requises pour être ayants droit au titre du présent régime seront automatiquement affiliés à titre d'Assurés au Contrat des salariés de droit privé.

- **Les Ascendants et collatéraux** : sont considérés comme à charge les ascendants et collatéraux effectivement à charge de l'agent au sens de la Sécurité Sociale et au sens fiscal.

Dispositions spécifiques à Mayotte

La définition des ayants droit à charge est celle prévue pour les agents de la Métropole avec les précisions suivantes :

- *s'agissant des agents de sexe masculin, seule leur épouse reconnue à l'état civil, leur concubine légalement déclarée ou leur partenaire liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) et à charge au sens de la Sécurité Sociale de Mayotte sera retenue en tant que conjoint ayant droit ;*
- *les enfants étant rattachés à leur mère par la Sécurité sociale Mahoraise, seront pris en compte pour un agent de La Poste de sexe masculin, les seuls enfants à charge de son conjoint ayant droit, tel que défini ci-dessus.*

Article 3 : Prise d'effet des garanties pour les ayants droit

Les ayants droit tels que définis ci dessus, bénéficient obligatoirement des garanties prévues au régime, dès lors que l'agent y est affilié.

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant mineur, les garanties sont acquises dès la naissance pour le nouveau-né ou dès la date d'adoption d'un enfant mineur, à condition que la demande d'inscription soit effectuée dans le mois de l'événement et sous réserve de l'affiliation effective de l'agent à cette date. La cotisation est décomptée à partir du premier jour du mois suivant la déclaration.

En cas de déclaration postérieure au mois de l'événement, l'enfant est couvert à compter de la date de la déclaration et sous réserve de l'affiliation effective de l'agent à cette date.

Dans les autres cas de modification de la situation de famille, la prise d'effet des garanties pour les ayants droit intervient au premier jour du mois suivant la déclaration. La cotisation est décomptée à partir du premier jour du mois suivant la déclaration.

La cotisation et les prestations sont dues pour le mois entier dès lors qu'il est commencé.

Article 4 : Les suspensions de garanties

Hors les congés pour maladie, accident, maternité ou paternité et les congés payés, ainsi que toute période au cours de laquelle l'agent perçoit un revenu de la part de La Poste ou des prestations en espèces de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de la Sécurité Sociale, les garanties sont suspendues de plein droit pendant toute la durée de la suspension de fonction de l'agent, notamment lorsqu'il se trouve dans l'un des cas suivants :

- détachement ;
- disponibilité ou absence de plus de trente jours non rémunérés, pour des raisons autres que médicales ;
- congé de fin de carrière (*position de disponibilité*) ;
- disponibilité ou Congé sans traitement pour élever un enfant de moins de huit ans ;
- congé de solidarité familiale sans allocation journalière versée par l'employeur ;
- congé d'éducation ou Congé parental ;
- congé de présence parentale ;
- congé de formation professionnelle non rémunéré ;
- congé pour validation des acquis de l'expérience ou Congé pour bilan de compétences.

Il est précisé que les garanties sont suspendues durant toute la durée de la suspension de fonction pour les agents en période d'activité dans la réserve militaire opérationnelle, au-delà de la période de maintien de traitement par La Poste.

La période de suspension des garanties intervient de plein droit à la fin du mois de suspension de fonction professionnelle de l'agent et s'achève à la fin du mois au cours duquel est intervenue la reprise effective de fonction.

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

Par dérogation à ces dispositions, l'agent dont la fonction est suspendue pour un motif familial ou de formation, non rémunéré ni indemnisé par La Poste ou par l'intermédiaire de La Poste, peut bénéficier du maintien des garanties dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 13 « Le maintien des garanties pendant certaines suspensions d'activité » du chapitre 5 « LES MAINTIENS DES GARANTIES » du présent accord.

Au terme de la période de maintien prévue à l'article 13 « Le maintien des garanties pendant certaines suspensions d'activité » du chapitre 5 « LES MAINTIENS DES GARANTIES » et sous réserve de formuler la demande d'adhésion au plus tard le dernier jour de la période de maintien, les agents qui le souhaitent pourront bénéficier auprès de l'assureur d'une couverture d'assurance, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, moyennant le paiement de la cotisation correspondante, à leur charge exclusive.

Article 5 : Les cotisations du régime de base obligatoire

Article 5.1. Taux, montant et assiette des cotisations

Les cotisations servant au financement des garanties du régime de base « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » sont prises en charge par l'entreprise et le fonctionnaire ou contractuel de droit public dans les conditions suivantes :

PhC PA AB
IF O3 L6

Régime général et Mayotte	La Poste		Fonctionnaire ou contractuel de droit public	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération
Cadres		50% en moyenne		
Fonctionnaire ou contractuel de droit public sans ayants droits	0,90%	42,5%	1,22%	2,12%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint à charge	2,40%	56,2%	1,87%	4,27%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 1 enfant à charge	3,14%	60,5%	2,05%	5,19%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	3,90%	63,5%	2,24%	6,14%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 1 enfant à charge	1,66%	54,0%	1,41%	3,07%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 2 enfants à charge ou plus	2,41%	60,1%	1,60%	4,01%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation définis comme suit:

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 37,4% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 105,4% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur.

Régime général et Mayotte	La Poste		Fonctionnaire ou contractuel de droit public	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération
Employés		60% en moyenne		
Fonctionnaire ou contractuel de droit public sans ayants droits	1,42%	54,6%	1,18%	2,60%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint à charge	3,41%	65,3%	1,81%	5,22%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 1 enfant à charge	4,41%	68,8%	2,00%	6,41%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	5,42%	71,2%	2,19%	7,61%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 1 enfant à charge	2,45%	63,9%	1,38%	3,83%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 2 enfants à charge ou plus	3,46%	68,8%	1,57%	5,03%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation définis comme suit:

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 27,7% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 89,1% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur.

Régime Alsace Moselle	La Poste		contractuel de droit public	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération
Cadres		50% en moyenne		
Fonctionnaire ou contractuel de droit public sans ayants droits	0,54%	42,5%	0,73%	1,27%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint à charge	1,42%	56,2%	1,12%	2,54%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 1 enfant à charge	1,88%	60,5%	1,23%	3,11%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	2,34%	63,5%	1,34%	3,68%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 1 enfant à charge	0,99%	54,0%	0,85%	1,84%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 2 enfants à charge ou plus	1,45%	60,1%	0,96%	2,41%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation définis comme suit :

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 37.4% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 105,4% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur.

Régime Alsace Moselle	La Poste		contractuel de droit public	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération
Employés		60% en moyenne		
Fonctionnaire ou contractuel de droit public sans ayants droits	0,85%	54,6%	0,71%	1,56%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint à charge	2,03%	65,3%	1,09%	3,12%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 1 enfant à charge	2,66%	68,8%	1,20%	3,86%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	3,29%	71,2%	1,31%	4,60%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public +1 enfant à charge	1,47%	63,9%	0,83%	2,30%
Fonctionnaire ou contractuel de droit public + 2 enfants à charge ou plus	2,10%	68,8%	0,94%	3,04%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation définis comme suit :

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 27,7% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur ;

PLC PA AB
IG AS LG

- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 89,1% du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur.

Les cotisations sont assises sur l'ensemble des sommes brutes soumises à CSG-CRDS perçues par le fonctionnaire ou contractuel de droit public.

Dispositions spécifiques à Mayotte

Le plancher et le plafond de cotisation sont définis par référence à la valeur du Plafond de la Sécurité sociale de la Métropole. Les cotisations sont assises sur l'ensemble des sommes brutes qui entrent dans l'assiette de calcul de la CSG-CRDS des agents de la Métropole.

La participation de l'employeur équivaut en moyenne à une participation de 50% pour les « CADRES » et de 60% pour les « EMPLOYES ».

Ce taux moyen ne peut être revendiqué par un fonctionnaire ou contractuel de droit public au regard de sa situation individuelle qui est uniquement déterminée par le tableau ci-dessus. Tout fonctionnaire ou contractuel de droit public est tenu d'acquitter la cotisation afférente à la couverture correspondant à sa situation de famille.

La part de cotisation mise à la charge du fonctionnaire ou du contractuel de droit public sera précomptée sur le salaire ou le revenu de remplacement

Les parties conviennent qu'en cas d'augmentation de la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSA) et/ou de la taxe de solidarité intervenant au 1^{er} janvier 2012, les taux de cotisations ci-dessus seront majorés proportionnellement à cette augmentation, à la fois sur la part prise en charge par l'entreprise et sur celle du fonctionnaire ou contractuel de droit public et ce, afin de maintenir un niveau inchangé de cotisations nettes de taxes. Dans cette éventualité, les organisations syndicales signataires du présent accord et les personnels seront immédiatement informés des nouveaux taux applicables.

Article 5.2. L'évolution des cotisations

L'obligation de l'employeur porte sur le paiement des cotisations rappelées ci-dessus pour leurs montants et leur taux arrêtés à la date du présent accord.

Les garanties décrites dans les résumés figurant en annexe et dans les contrats d'assurance relèvent du seul engagement de l'organisme assureur, qui est pris en contrepartie du paiement des cotisations définies à cet accord.

Par conséquent, toute modification des cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord, en dehors des dispositions applicables au démarrage du régime et prévues au dernier alinéa de l'article 5.1 « Taux, montant et assiette des cotisations ».

Le régime prend en compte une estimation du volume d'ayants droit à hauteur de 0,036 conjoint et 0,46 enfant à charge par fonctionnaire ou contractuel de droit public pour le collège « Employés » et de 0,036 conjoint et 0,55 enfant à charge par fonctionnaire ou contractuel de droit public pour le collège « Cadres » .

En cas de variation du volume d'ayants droit pouvant déséquilibrer la solidarité familiale initiale, les parties conviennent de réviser les cotisations afférentes à chaque type de famille sachant que la participation employeur moyenne restera de 50% pour le collège « CADRES » et 60% pour le collège « EMPLOYES ».

Les propositions d'ajustements seront examinées par la commission de suivi instituée au chapitre 11 du présent accord, dans les conditions prévues au chapitre 10 « REVISION ET DENONCIATION ».

En cas de modification des taux de cotisations, la clé de répartition des cotisations entre employeur et fonctionnaire ou contractuel de droit publics reste inchangée.

PhC PR AB
ZF CB LG

CHAPITRE 3 : LES OPTIONS FACULTATIVES

Les options sont à caractère facultatif. Elles visent à assurer une couverture complémentaire aux prestations de la Sécurité Sociale obligatoire pour le fonctionnaire ou contractuel de droit public de la Poste et ses ayants droits à charge au sens de la Sécurité Sociale, supérieure à celle prévue au Régime de base obligatoire de l'agent.

Deux niveaux d'option sont proposés aux fonctionnaires et agents de droit public de La Poste. Elles sont à leur charge exclusive et indépendantes du collège d'appartenance.

Les ayants droit couverts par l'option choisie seront strictement et automatiquement les mêmes que ceux couverts au titre du Régime de base obligatoire. Tout changement de niveau de couverture sera appliqué à l'agent et à ses ayants droit dans les mêmes conditions.

Les suspensions de garanties dans le régime de base entraînent automatiquement et à la même date la suspension de l'éventuelle option choisie.

Les maintiens de garanties dans le régime de base intervenant en période de suspensions d'activité ou de chômage indemnisé entraînent automatiquement et à la même date le maintien de l'éventuelle option choisie.

Article 6 : L'affiliation à une option

Le choix d'adhérer à l'un des deux niveaux d'option proposés pourra être effectué lors de la mise en place du régime de base obligatoire. Tout choix d'adhésion à une option sera possible ultérieurement, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du respect de la condition d'ancienneté requise pour l'affiliation de l'agent concerné au Régime de base obligatoire et d'en effectuer la demande par écrit auprès de l'assureur, en recommandé avec accusé de réception, à l'aide d'un bulletin d'adhésion modificatif, avant le 31 octobre précédent.

Toutefois, l'adhésion pourra avoir lieu en cours d'année, dans les six mois suivants un changement de situation de famille ou professionnelle. La prise d'effet de l'affiliation sera au premier jour du mois suivant la réception par l'assureur, en recommandé avec accusé de réception, d'un bulletin d'adhésion modificatif accompagné de justificatifs, notamment dans les cas suivants :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge de l'agent ;
- mariage ou divorce (ou séparation de corps) ;
- début ou fin de Pacte Civil de Solidarité (PACS) de l'agent ;
- début ou fin de concubinage de l'agent ;
- décès de l'un des ayants droit ;
- changement de statut (employé à cadre) ;
- changement de grade à l'intérieur d'un collège ;
- passage de l'agent d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel, ou inversement ;
- changement de quotité de travail ou d'horaire contractuel de 25% et plus pour un agent à temps partiel ;
- surendettement ;
- invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie permanente pour un agent contractuel de droit public ou temporaire pour un fonctionnaire ;
- période chômage du conjoint.

Article 7 : Cessation de l'adhésion à une option

Le bénéfice de l'option facultative cesse définitivement :

- à la date de radiation des effectifs ;
- à la date de résiliation de l'option facultative par l'Assuré ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 11 « Défaut de paiement de la cotisation de l'option ».

Pour les éventuels ayants droit, le bénéfice de l'option facultative cesse à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 2 « Définition des ayants droit » du chapitre 2 « **LE RÉGIME DE BASE " REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE" OBLIGATOIRE** ».

En tout état de cause, la cessation des garanties pour le fonctionnaire ou le contractuel de droit public entraîne automatiquement celle de ses éventuels ayants droit.

Article 8 : Changement de niveau d'option

La durée d'adhésion à un niveau d'option est de deux années minimum, plus l'année au cours de laquelle est intervenue l'adhésion, dans le cas d'un choix en cours d'année.

Pour changer d'option, l'agent devra respecter un préavis de deux mois minimum et adresser à l'assureur un bulletin d'adhésion modificatif, en recommandé avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Le changement de niveau d'option sera effectif au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

Toutefois, l'agent a la possibilité de modifier à tout moment le niveau d'option choisi, dans les six mois suivants un changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus. Le changement de garanties sera effectif le premier jour du mois suivant la date d'envoi à l'assureur du bulletin d'adhésion modificatif accompagné de justificatifs, adressé en recommandé avec accusé de réception.

Article 9 : Résiliation d'une option

La durée d'adhésion à une option est de deux années minimum, plus l'année au cours de laquelle est intervenue l'adhésion, dans le cas d'un choix en cours d'année. Ainsi, l'agent ayant choisi d'adhérer à une option ne pourra demander sa résiliation pour un retour au régime de base obligatoire qu'après une adhésion de deux années pleines plus l'année d'adhésion, le cas échéant.

Il devra respecter un préavis de deux mois minimum, et adresser à l'assureur une lettre de résiliation, en recommandé avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Toutefois, l'agent a la possibilité de résilier à tout moment l'adhésion à l'option choisie pour un retour au régime de base obligatoire, dans les six mois suivants un changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus. La résiliation sera effective le premier jour du mois suivant la date d'envoi à l'assureur d'une lettre de résiliation accompagnée de justificatifs, en recommandé avec accusé de réception.

La demande de résiliation de l'adhésion à une option pour un retour au régime de base obligatoire est définitive pour l'agent et ses ayants droit, sauf en cas de changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus.

Les parties conviennent d'étudier après une année de vie du régime la possibilité d'assouplir la règle définie à l'alinéa précédent

Article 10 : Paiement de la cotisation de l'option

La cotisation annuelle afférente à l'option éventuellement souscrite est à la charge intégrale du fonctionnaire ou du contractuel de droit public et est payable mensuellement.

Lors de la souscription auprès de l'assureur, le fonctionnaire ou le contractuel de droit public autorisera le précompte de la cotisation additionnelle à acquitter au titre de l'option choisie sur l'ensemble des éléments de rémunération soumis à CSG / CRDS perçus par l'agent, simultanément à la part inhérente au régime de base obligatoire.

L'agent a toutefois la possibilité d'opter pour un paiement de la cotisation afférente à l'option éventuellement souscrite directement auprès de l'assureur. Il doit dans ce cas en formuler la demande par écrit auprès de l'assureur.

Article 11 : Défaut de paiement de la cotisation de l'option

Dans le cas où La Poste se trouverait dans l'incapacité d'assurer le précompte du montant intégral de la cotisation afférente à l'option facultative ou si l'agent a opté pour le paiement direct de ladite cotisation à L'assureur, et à défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'agent concerné peut être exclu du groupe des Assurés des options facultatives conformément aux dispositions de l'article L. 221-8, II du Code de la mutualité. Dans les situations visées à l'alinéa précédent, La Poste ne saurait en aucun cas se substituer au fonctionnaire ou au contractuel de droit public défaillant.

L'exclusion du groupe des assurés des options facultatives ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par l'assureur. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'agent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion de l'option facultative souscrite.

Article 12 : Les cotisations des options

Article 12.1 Taux, montant et assiette des cotisations des options

Les cotisations additionnelles servant au financement des garanties des Options facultatives sont prises en charge par le fonctionnaire ou contractuel de droit public et sont calculées mensuellement par application des taux de cotisation définis ci-dessous, sur la valeur du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur l'année précédente.

OPTION 1	Régime général et Mayotte	Régime Alsace - Moselle
	Cotisations mensuelles exprimées en % du PMSS	
Agent	0,291 %	0,175 %
Conjoint	0,291 %	0,175 %
Enfant *	0,141 %	0,085 %

OPTION 2	Régime général et Mayotte	Régime Alsace - Moselle
	Cotisations mensuelles exprimées en % du PMSS	
Agent	0,416 %	0,250 %
Conjoint	0,416 %	0,250 %
Enfant *	0,204 %	0,122 %

* Gratuité à compter du 3ème enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur l'année N-1.

A titre d'illustration, les montants en euros applicables au 1^{er} janvier 2012 seront les suivants :

OPTION 1	Régime général et Mayotte	Régime Alsace - Moselle
	Cotisations mensuelles exprimées en % du PMSS	
Agent	8,57€	5,16€
Conjoint	8,57€	5,16€
Enfant *	4,15€	2,50€

OPTION 2	Régime général et Mayotte	Régime Alsace - Moselle
	Cotisations mensuelles exprimées en % du PMSS	
Agent	12,26€	7,37€
Conjoint	12,26€	7,37€
Enfant *	6,01€	3,59€

Les parties conviennent qu'en cas d'augmentation du niveau de la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSA) et/ou de la taxe de solidarité intervenant au 1^{er} janvier 2012, les taux de cotisations ci-dessus seront majorés proportionnellement à cette augmentation et ce, afin de maintenir un niveau inchangé de cotisations nette de taxes. Dans cette éventualité, les organisations syndicales signataires du présent accord et les personnels seront immédiatement informés des nouveaux taux applicables.

Article 12.2. L'évolution des cotisations des options

Les garanties décrites dans les résumés figurant en annexe et dans les contrats d'assurance relèvent du seul engagement de l'organisme assureur, qui est pris en contrepartie du paiement des cotisations définies à cet accord.

Par conséquent, toute modification des cotisations des options fera l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord, en dehors des dispositions applicables au démarrage du régime et prévues au dernier alinéa de l'article 12.1 « Taux, montant et assiette des cotisations ».

Les propositions d'ajustements seront examinées par la commission de suivi instituée au chapitre 11 du présent accord, dans les conditions prévues au chapitre 10 « REVISION ET DENONCIATION ».

Les parties signataires conviennent que l'équilibre entre cotisations et prestations des options facultatives sera recherché sans recours aux éventuels excédents du régime de base obligatoire mais uniquement au travers soit d'un ajustement des prestations et/ou des cotisations. De la même manière, les éventuels excédents dégagés sur les options facultatives ne pourront être utilisés pour compenser des déficits sur le régime de base.

CHAPITRE 4 : LES GARANTIES

Le présent accord vise à instaurer des garanties complémentaires à celles de la Sécurité Sociale.

Elles s'inscrivent dans le cadre fixé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et leurs décrets d'application et notamment le Contrat Responsable.

- A ce titre, les garanties du régime de base « remboursement frais de santé » ainsi que celles des options facultatives excluent :
 - la participation forfaitaire (1 € au 1^{er} janvier 2005) prélevée par la Sécurité Sociale sur les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins y compris les actes de biologie (II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale) ;
 - la franchise forfaitaire mentionnée au III de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
 - la majoration du ticket modérateur à la charge des Assurés et de leurs ayants droit, en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale) ;
 - la majoration du ticket modérateur pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation, au professionnel de santé auquel il a eu recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter (article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale),
 - les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations en cas de non respect du protocole de soins (article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité Sociale),
 - et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue (article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application).
- A ce titre, les garanties du régime de base « remboursement frais de santé » ainsi que celles des options facultatives incluent :
 - la prise en charge (au minimum) du ticket modérateur de l'ensemble des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la Sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006 paru au JO du 18 juin 2006 fixe la liste.

Les actes non remboursés par la Sécurité Sociale sont exclus des garanties, sauf cas expressément indiqués dans les résumés figurant en annexe.

Les garanties du régime de base « remboursement frais de santé » ainsi que celles de l'éventuelle option souscrite par le fonctionnaire ou le contractuel de droit public sont maintenues temporairement et gratuitement aux ayants droits à charge pendant les 3 mois qui suivent le décès du fonctionnaire ou contractuel de droit public, dès lors que ces ayants droit étaient couverts par le régime avant le décès du fonctionnaire ou contractuel de droit public.

Les garanties qui sont fixées par le régime d'assurance donneront comme le prévoit la législation lieu à la remise d'une notice d'information au fonctionnaire ou contractuel de droit public. Les garanties à la date de mise en place du dispositif figurent en annexe au présent accord.

Les parties conviennent qu'en cas d'évolution des prestations de la sécurité sociale, les garanties et/ou les cotisations pourront être révisées. Les adaptations feront l'objet de la signature d'un avenant au présent accord dans les conditions prévues au chapitre 10 « REVISION ET DENONCIATION » et ce, afin de maintenir l'équilibre du rapport prestations sur cotisations nettes de taxes du régime. Cette disposition est également applicable au démarrage du régime, en cas de modification de législation de la Sécurité Sociale intervenant au 1^{er} janvier 2012.

Dispositions spécifiques à Mayotte

Les garanties sont fixées sur le même niveau que celui des agents de la Métropole et viennent en complément des prestations versées au titre du régime obligatoire de la Sécurité sociale de Mayotte.

CHAPITRE 5 : LES MAINTIENS DES GARANTIES

Article 13 : Le maintien des garanties pendant certaines suspensions d'activité

En cas de disponibilité ou d'absence de plus de trente jours non rémunérés pour motif familial ou de formation, l'agent ainsi que ses ayants droit à charge peuvent bénéficier du maintien des garanties Santé (Régime de base obligatoire et option facultative, le cas échéant), dans les conditions décrites ci-après.

Article 13.1 Motifs de suspension de fonction

Peuvent demander le maintien des garanties Santé des actifs, les agents dont l'activité est suspendue pour l'un des motifs familiaux ou de formation suivants, et qui ne bénéficient pas d'allocations journalières versées par La Poste :

- disponibilité ou Congé sans traitement pour élever un enfant de moins de huit ans ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé d'éducation ou Congé parental ;
- congé de présence parentale ;
- congé de formation professionnelle ;
- congé pour validation des acquis de l'expérience ou Congé pour bilan de compétences.

Article 13.2 Modalités du maintien de garanties

Les demandes de maintien de garanties qui seront formulées par bulletin individuel d'adhésion dûment complété, accompagné d'une autorisation de prélèvement, devront être adressées à l'assureur au plus tard (30) trente jours avant la date de début de la suspension de fonction. Elles prendront effet au premier jour du mois suivant celui au cours duquel la suspension a eu lieu. A défaut, l'adhésion sera suspendue au dernier jour du mois du départ en congé.

La durée maximum de ce maintien est de **(15) quinze mois**, périodes de renouvellement comprises, sauf en cas de congé d'une durée inférieure.

Pourront également bénéficier de ce maintien, les agents en situation de suspension de fonction au moment de la mise en place du régime. Dans ce cas, les garanties débiteront à la date d'effet du régime, sous réserve de la réception de la demande par l'assureur avant cette date.

Le maintien de garanties sera accordé pour la période de suspension de fonction restante, périodes de renouvellement comprises, et pour une durée maximale égale à (15) quinze mois.

Article 13.3 Cessation du maintien de garanties

Le maintien de garanties prend fin :

- le dernier jour du mois au cours duquel est intervenue la reprise effective de l'activité;
- en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 13.4 « défaut de paiement de la cotisation afférente au maintien de garanties »;

- dans le cas d'un changement de situation de famille (séparation, divorce) ou de situation professionnelle du conjoint (période de chômage) si l'agent a demandé par écrit auprès de l'assureur sa radiation, en accompagnant sa demande de justificatifs (actes notariés ou inscription au pôle emploi). Le maintien de garanties prendra fin, dans ce cas, au dernier jour du mois au cours duquel l'assureur aura réceptionné la demande de radiation. Cette résiliation est alors définitive et ne permet pas de bénéficier d'une nouvelle période de maintien pour le même congé ;
- en cas de cessation d'activité survenant pendant la période de maintien, le dernier jour du mois au cours duquel est intervenue la cessation d'activité;
- et au plus tard, à la fin du mois au cours duquel l'agent a atteint la durée prévue à l'article 13.2 « Modalités du maintien de garanties ».

Article 13.4 Défaut de paiement de la cotisation afférente au maintien de garanties

Par application des dispositions de l'article L221-8, II du Code de la mutualité, l'agent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par l'assureur. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'agent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du maintien de garanties.

La Poste ne saurait en aucun cas se substituer au fonctionnaire ou au contractuel de droit public défaillant.

Article 14 : Le maintien des garanties au titre de l'avenant n°3 de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008

Par assimilation aux salariés et conformément aux dispositions de l'avenant n°3 du 18 mai 2009, portant modification de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché de l'emploi et en cas de cessation d'activité, l'agent bénéficie du maintien des garanties du Contrat, dans les conditions et selon les modalités ci-après.

Article 14.1 Motifs de cessation d'activité

Le maintien des garanties (Régime de base obligatoire et option facultative, le cas échéant) est assuré aux agents, ainsi qu'à leurs ayants droit à charge, dans le cas d'agents subissant une perte involontaire d'emploi ouvrant droit à l'indemnisation de l'assurance chômage, conformément aux dispositions de l'article L. 5424-1 du Code du travail et dans les conditions fixées par la circulaire interministérielle du 21 février 2001. Il s'agit des agents qui se trouvent en situation de licenciement pour insuffisance professionnelle, licenciement pour inaptitude physique, licenciement pour radiation d'office des cadres ou de démission pour des motifs qualifiés de légitimes, dès lors qu'ils sont bénéficiaires d'une allocation d'assurance chômage, que celle-ci soit prise en charge par pôle emploi ou par La Poste, sous réserve de l'ouverture des droits au titre du régime collectif, au moment de la cessation d'activité.

La révocation, assimilée à un licenciement pour faute lourde, n'ouvre pas droit au maintien des garanties.

Article 14.2 Modalités du maintien de garanties

Le maintien de garanties prend effet le premier jour du mois suivant la date de sortie de l'agent des effectifs de La Poste. La prise d'effet est conditionnée à une ancienneté continue de trois mois à La Poste, acquise le mois précédant celui au cours duquel intervient la cessation d'activité, et sous réserve que l'agent n'ait pas renoncé au régime complémentaire Santé, en qualité de bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Le maintien de garanties accordé pendant la période d'indemnisation chômage est d'une durée égale à **neuf mois maximum**, appréciée en mois entiers.

L'agent a **la faculté de renoncer au maintien des garanties**. La renonciation qui est définitive, doit être notifiée expressément par écrit auprès de La Poste dans les dix jours calendaires à compter de la date de la cessation d'activité.

Dans le cas où La Poste aurait tardivement informé l'agent de ses droits, le délai de dix jours sera décompté à partir de la date d'envoi par La Poste du courrier recommandé d'information.

En cas d'absence de réponse ou de réponse tardive, l'agent sera considéré comme acceptant le maintien des garanties et dans l'obligation d'acquitter ses cotisations à leur échéance.

Article 14.3 Cessation du maintien de garanties

Le maintien des garanties prend fin :

- en cas de non justification par l'agent de sa situation d'allocataire chômage auprès de l'assureur ;
- le dernier jour du mois au cours duquel l'agent a été radié des listes de demandeurs d'emploi et / ou ne bénéficie plus d'allocation chômage ;
- le dernier jour du mois au cours duquel l'agent a repris une activité professionnelle, notamment salariée, quel que soit son nouvel employeur ;
- le dernier jour du mois au cours duquel l'agent a perçu une pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de l'Etat ;
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions de l'article 14.4 « Défaut de paiement de la cotisation afférente au maintien de garanties » ;
- et au plus tard, à la fin du mois au cours duquel l'Assuré atteint la durée prévue à l'article 14.2 « Modalités du maintien des garanties ».

Article 14.4 Défaut de paiement de la cotisation afférente au maintien de garanties

Par application des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, l'agent qui ne paie pas sa cotisation correspondant au premier mois de maintien de garanties est radié de l'assurance pour la période au titre de laquelle cette cotisation est due, soit à minuit le dernier jour du mois de sortie des effectifs de La Poste.

L'agent qui ne paie pas sa cotisation correspondant au(x) mois au-delà du premier mois de maintien, à son échéance, est radié de l'assurance pour la période restant à courir, soit à minuit le jour au cours duquel la notification d'impayé lui a été adressée par l'assureur.

La Poste ne saurait en aucun cas se substituer au fonctionnaire ou au contractuel de droit public défaillant.

Article 15 : Assiette des cotisations afférentes aux maintiens de garanties du Régime de base obligatoire

L'assiette servant au calcul des cotisations mensuelles, afférentes aux maintiens de garanties du régime de base obligatoire est constituée du montant moyen des rémunérations brutes versées par La Poste au cours des 12 ou 3 derniers mois précédant le début du congé ou la cessation d'activité, au plus élevé des deux et soumises à CSG / CRDS.

Article 16 : Cotisations afférentes aux maintiens de garanties

Les cotisations afférentes aux maintiens de garanties du régime de base obligatoire sont identiques à celles prévues à l'article 5 « Les cotisations » du Chapitre 2 « LE REGIME DE BASE " REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE " OBLIGATOIRE » et constituées d'une part à la charge de l'employeur et d'une part à la charge de l'agent exprimée dans des proportions identiques à celles des fonctionnaires et agents contractuels de droit public en activité. La Poste est seule responsable du paiement de sa part, la part de l'agent étant à la charge exclusive de celui-ci.

PLC PP AB
JF CB LG

La cotisation relative à l'option éventuellement souscrite est identique à celle prévue à l'article 12 « les cotisations des options » du chapitre 3 « LES OPTIONS FACULTATIVES » et à la charge exclusive de l'agent.

La cotisation mensuelle à la charge de l'agent est à régler auprès de l'assureur. L'agent est seul responsable du paiement de sa part.

Article 17: Cas des départs en retraite

Les fonctionnaires ou contractuels de droit public cessent d'être couverts dans le régime de base et l'éventuelle option pour eux-mêmes et leur ayant-droits à la fin du mois de leur départ en retraite.

En application des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, applicables par extension aux fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste, les fonctionnaires ou contractuels de droit public peuvent, lors de leur départ en retraite, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, demander le maintien auprès de l'assureur du régime d'une couverture d'assurance, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la cessation d'activité.

Dans tous les cas, il sera réalisé une information auprès des futurs retraités sur les possibilités offertes par l'assureur du régime quant aux conditions de poursuite d'une assurance santé individuelle.

CHAPITRE 6 : MODALITES DE SUIVI DE L'EQUILIBRE DU REGIME DE BASE ET DES OPTIONS

Les parties conviennent que :

- le régime de base institué au chapitre 2 « LE REGIME DE BASE " REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE " OBLIGATOIRE » fera l'objet d'un compte de résultat distinct de celui des options définies au chapitre 3 « LES OPTIONS FACULTATIVES ». Ainsi, les éventuels excédents du compte du régime de base ne pourront compenser les déficits du compte des options et inversement ;
- le compte du régime de base comporte un fonds de Provision pour Risque Croissant (PRC) destiné à financer la dérive des prestations liée au vieillissement de groupe assuré.

Article 18 - Le compte du régime de base obligatoire

L'équilibre du régime de base sera recherché par un pilotage rigoureux et constant. Les excédents ou déficits éventuels de ce régime, après alimentation et reprise du fond PRC, viendront alimenter une réserve générale qui restera acquise au régime.

Le fonds PRC est alimenté chaque année par une part des cotisations brutes de taxes acquittées au titre du régime de base. La part de cotisations affectée au fonds de Provision pour Risque Croissant (PRC) est la suivante :

Collège « Cadre »	Part de la dotation PRC dans le total de la cotisation brute de taxes
Dotation agent	8,277 %
Dotation conjoint	8,277 %
Dotation enfants	0,122 %

Collège « Employés »	Part de la dotation PRC dans le total de la cotisation brute de taxes
Dotation agent	6,570 %
Dotation conjoint	6,570 %
Dotation enfants	0,323 %

Les reprises sur le fonds PRC sont exclusivement destinées à financer la dérive des prestations liée au vieillissement de groupe assuré. Le montant de cette reprise sera déterminé à partir de l'étude du seul vieillissement constaté sur la période écoulée et présenté au cours de la commission de suivi instaurée au Chapitre 11.

Ainsi, les parties conviennent que les dérives liées à une consommation médicale accrue, les besoins de financement résultant de l'amélioration de garanties, y compris pour compenser des éventuelles évolutions du régime de sécurité sociale ou de majorations de taxes seront suivis distinctement et ne feront pas l'objet de prélèvement sur le fonds PRC.

Article 19 - Les comptes des options facultatives

Des comptes de résultats techniques seront établis pour chacun des régimes optionnels sur le même modèle (hors fonds «PRC») que le régime de base. Toutefois, les résultats de ces régimes optionnels seront mutualisés entre eux et ne pourront être mutualisés avec celui du Régime de base.

Les excédents éventuels des comptes des options facultatives viendront alimenter une réserve générale qui restera acquise au régime des options facultatives en vue de faire face à des aléas futurs.

Dans l'hypothèse où la Réserve Générale des options présenterait un solde négatif, les taux de cotisation ou le niveau des garanties des options seront revus afin de rétablir un équilibre technique pérenne des options. Les adaptations feront l'objet de la signature d'un avenant au présent accord dans les conditions prévues au chapitre 10 « REVISION ET DENONCIATION ».

CHAPITRE 7 : ORGANISME ASSUREUR DU REGIME

Les parties conviennent de donner mandat à M. LEFEBVRE, Délégué Général de La Poste, afin de conclure le contrat avec l'organisme assureur en exécution du présent accord.

Le contrat conclu comportera une obligation de maintien d'assurance (régime de base obligatoire et éventuelle option facultative souscrite), pour les personnels sortant du régime collectif obligatoire dans les conditions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, applicables par extension aux fonctionnaires et contractuels de droit public de La Poste.

CHAPITRE 8 : OBLIGATION D'INFORMATION

La Poste remettra à chaque fonctionnaire ou contractuel de droit public une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les fonctionnaires ou contractuels de droit public seront informés par la même méthode, individuellement et préalablement, de toute modification des garanties.

CHAPITRE 9 : DATE D'EFFET DU REGIME ET DUREE

Le présent accord est signé pour une durée indéterminée et prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

CHAPITRE 10 : REVISION ET DENONCIATION

Le présent accord pourra être révisé par voie d'avenant.

Les propositions d'ajustements seront examinées par la commission de suivi instituée au chapitre 11 du présent accord. La commission devra se prononcer dans un délai de 2 mois.

En cas d'accord au sein de la commission de suivi, l'avenant correspondant sera soumis à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au plan national et devra être signé dans un délai maximum de 1 mois. Cet avenant produira ses effets dans un délai de 2 mois à compter de sa signature.

Si cet avenant ne recueille pas l'accord des organisations syndicales dans le délai d'un mois après sa soumission, les prestations seront adaptées par accord entre La Poste et l'assureur de telle sorte que le budget de cotisations défini aux articles 5 « Les cotisations du régime de base obligatoire » et 12 « Les cotisations des options facultatives » suffise au financement du système de garanties respectif du régime de base obligatoire et des options facultatives.

En l'absence d'accord au sein de la commission de suivi, un avenant sera proposé par La Poste à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au plan national et devra être signé dans un délai maximum de 1 mois. Cet avenant produira ses effets dans un délai de 2 mois à compter de sa signature. Si cet avenant ne recueille pas l'accord des organisations syndicales dans le délai d'un mois après sa soumission, les prestations seront adaptées par accord entre La Poste et l'assureur de telle sorte que le budget de cotisations défini aux articles 5 « Les cotisations du régime de base obligatoire » et 12 « Les cotisations des options facultatives » suffise au financement du système de garanties respectif du régime de base obligatoire et des options facultatives.

Le présent accord pourra être dénoncé à tout moment soit par la direction soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives signataires selon les modalités légales et réglementaires en vigueur.

Le préavis de dénonciation est fixé à 6 mois. En tout état de cause, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance prévue dans les conditions de dénonciation de ce dernier et en tout état de cause ne pourra intervenir avant le 31 décembre 2014.

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

CHAPITRE 11 : COMMISSION DE SUIVI : FONCTIONNEMENT ET ROLE

Une commission de suivi de l'application de cet accord est constituée à part égale entre les représentants de la Poste et des organisations syndicales signataires du présent accord. Chaque syndicat signataire pourra désigner 2 représentants dont un au moins sera permanent. La commission pourra entendre en tant que de besoin l'organisme assureur ou tout autre expert susceptible d'éclairer la commission dans ses travaux.

Elle se réunira 3 fois par an aux 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre afin notamment d'examiner les résultats de la période écoulée.

Cette commission aura pour mission d'analyser l'évolution des tendances observées et de préparer les actions d'information et de sensibilisation à destination des fonctionnaires ou contractuels de droit public de La Poste en vu de maintenir l'équilibre du régime. Elle disposera notamment des éléments de suivi par aussi bien pour le collègue « CADRES » que le collègue « EMPLOYES ».

Elle pourra proposer des actions préventives visant à une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Elle aura à connaître de la variation de structure et de volume d'ayants droit et à se prononcer, en cas de variation pouvant déséquilibrer la solidarité familiale initiale, sur la révision des cotisations afférentes à chaque type de famille sachant que la participation employeur moyenne restera de 50% pour le collègue « CADRES » et 60% pour le collègue « EMPLOYES ».

En cas d'absence d'accord sur le réaménagement de la solidarité, l'ajustement s'opérera alors sur le niveau de solidarité demandé au fonctionnaire ou contractuel de droit public sans ayant droit.

Elle sera informée et consultée préalablement à toute renégociation des garanties « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » à la fois au titre du régime de base obligatoire et des options facultatives. A cet effet, c'est à elle que seront transmis les comptes provisoires et le rapport annuel sur les comptes établis par l'organisme assureur et les propositions d'ajustement éventuel des prestations et/ou des cotisations afin de préserver l'équilibre du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » à la fois au titre du régime de base obligatoire et des options facultatives avec pour chacun d'eux, des informations relatives au collègue « CADRES » d'une part et au collègue « EMPLOYES » d'autre part. Elle disposera d'un délai de 2 mois pour donner son avis sur ces propositions.

Dans le but de responsabiliser les personnels sur la consommation médicale, une note de synthèse sera publiée périodiquement afin que les fonctionnaires ou contractuels de droit public soient informés de l'évolution du rapport prestations sur cotisations et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

Phc PR AB
JF CS LG

CHAPITRE 12 : DEPOT PUBLICITE

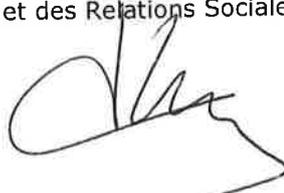
La Poste déposera le présent accord ainsi que ses annexes auprès des services du ministère du travail, dans les conditions de forme et de délai prévues par les textes en vigueur.
Un exemplaire du présent accord sera également remis au secrétariat - greffe du conseil des prud'hommes du lieu de sa conclusion.

SIGNATURES :

Fait à Paris, le 7 Juillet 2011

Pour La Poste

Le Délégué Général
Directeur des Ressources Humaines
et des Relations Sociales



Georges LEFEBVRE

Pour les organisations syndicales

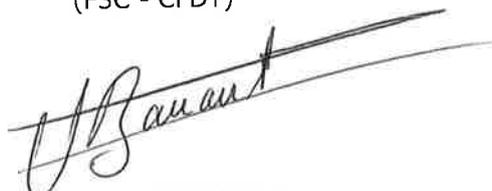
Fédération nationale des salariés du secteur des
activités postales et de télécommunication
(CGT)

Fédération des syndicats PTT Solidaires Unitaires
et Démocratiques (SUD)



M. Philippe CORNELIS

Fédération Communication Conseil Culture
(F3C - CFDT)



M. Alain BARRAULT

Fédération syndicaliste Force Ouvrière de la
Communication
Postes et Télécommunications



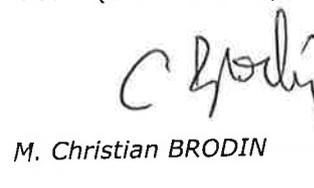
Mme Isabelle FLEURENCE

Fédération CFTC des Postes et des
Télécommunications (CFTC - P/T)



M. Pierrot RAMANANTSOA

Syndicat national des cadres CFE - CGC de La
Poste (CGC La Poste)



M. Christian BRODIN

**ANNEXE
INFORMATION SUR LES GARANTIES DU REGIME**

1/ Le régime de base obligatoire

Tableau des prestations du collège « Employé »

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et visites (Généralistes, Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins Majoration pour visite à domicile non justifiée 	80%	60%
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	30%	10%
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	Néant	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Actes d'imagerie (radiologie) - Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80%	60%
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	30%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession 	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Nutritionnistes diplômés d'état 	3 fois 22 € / an (*)	3 fois 22 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires des sages femmes 	30%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80%	60%
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	30%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Transport et déplacement 	35%	Néant

(*) **Prestation de prévention** pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace-Moselle ne sont pas concernés.

Produits pharmaceutiques et fournitures	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations ☞ Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la Sécurité sociale ☞ Pharmacie à 30% ☞ Pharmacie à 15% ☞ Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">35%</p> <p style="text-align: center;">70%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">46 €/année civile</p>	<p style="text-align: center;">10%</p> <p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">46 €/année civile</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale 	2 fois 27 €/année civile (*)	2 fois 27 €/année civile (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Acoustique ☞ Fournitures prises en charge par la Sécurité sociale ☞ Fournitures relatives à l'entretien et réparation prises en charge par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">255%</p> <p style="text-align: center;">255%</p>	<p style="text-align: center;">230%</p> <p style="text-align: center;">230%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien gorge adapté) par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale • Prothèses capillaires par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">40% +170 €</p> <p style="text-align: center;">170 €</p> <p style="text-align: center;">40% +170 €</p> <p style="text-align: center;">170 €</p>	<p style="text-align: center;">10% +170 €</p> <p style="text-align: center;">170 €</p> <p style="text-align: center;">10% +170 €</p> <p style="text-align: center;">170 €</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Petits appareillages 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Grands appareillages 	35%	10%

(*) **Prestation de prévention** pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

PPhe
PR *IF* *LG* *AB* *M3*

Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Soins dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	80%	60%
• Parodontologie	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
• Prothèses fixes (dents de devant)	300 € / dent	300 € / dent
• Prothèses fixes (dents du fond)	200 € / dent	200 € / dent
• Prothèses mobiles	200%	180%
• Inlay core	200%	180%
• Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100%	100%
• Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR reconstituée	100% de la BR reconstituée

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

Optique	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Verres		
☞ Verre simple	35 € / verre	35 € / verre
☞ Verre moyen	65 € / verre	65 € / verre
☞ Verre complexe	117 € / verre	117 € / verre
☞ Verre hypercomplexe	170 € / verre	170 € / verre
• Monture		
☞ Ayant droit de moins de 18 ans	39 €	39 €
☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	50 €	50 €
Limites : ♦ une paire de lunettes toutes les deux années civiles pour les adultes, (sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égale à 0,50 et sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste), ♦ deux paires par année civile pour les enfants de moins de 18 ans, sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à 0.50 (sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste). ♦ le forfait lentilles est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables		
• Supplément optique pris en charge par la Sécurité sociale		
☞ Ayant droit de moins de 18 ans	100%	75%
☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	350%	325%

Optique	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Lentilles		
☞ Prises en charge par la Sécurité sociale	350% + 69 €	325% +69 €
☞ Non prises en charge par la Sécurité sociale	69€	69€
• Prothèses oculaires	350%	325%
• Chirurgie réfractive (par oeil)	224 €	224 €

Cure thermique Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Etablissement thermal	35%	10%
• Hébergement		
☞ pris en charge par la Sécurité sociale	85%	85%

Hospitalisation Etablissement conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc ne sont pas pris en charge)</i>	20%	Néant
• Chambre particulière		
☞ Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	40 €/J	40 €/J
☞ Soins de suite et de réadaptation	38 €/J	38 €/J
☞ Psychiatrie	38 €/J	38 €/J
• Forfait journalier	100% des frais réels	Néant
• Forfait journalier en service psychiatrie	100% des frais réels	Néant
• Accompagnement (enfant de moins de 10 ans ou enfant handicapé de moins de 20 ans)	38 €/J	38 €/J
Honoraires des praticiens		
• Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale		
☞ Parcours de soins	70%	Néant
☞ Hors parcours de soins	40%	Néant
• Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale		
☞ Parcours de soins	50%	50%
☞ Hors parcours de soins	20%	20%

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace-Moselle ne sont pas concernés.

Tableau des prestations du collège « Cadre »

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et visites (Généralistes, Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition <ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins Majoration pour visite à domicile non justifiée 	80% 30% Néant	60% 10% Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Actes d'imagerie (radiologie) - Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes <ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80% 30%	60% 10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession 	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Nutritionnistes diplômés d'état 	3 fois 22 € / an (*)	3 fois 22 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires des sages femmes 	30%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80% 30%	60% 10%
<ul style="list-style-type: none"> • Transport et déplacement 	35%	Néant

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace-Moselle ne sont pas concernés.

RLC
LGAB
PR JF CB

Produits pharmaceutiques et fournitures	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations ☞ Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la Sécurité sociale ☞ Pharmacie à 30% ☞ Pharmacie à 15% ☞ Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">35%</p> <p style="text-align: center;">70%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">46 €/année civile</p>	<p style="text-align: center;">10%</p> <p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">46 €/année civile</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale 	2 fois 27 €/année civile (*)	2 fois 27 €/année civile (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Acoustique ☞ Fournitures prises en charge par la Sécurité sociale ☞ Fournitures relatives à l'entretien et réparation prises en charge par la Sécurité sociale 	355%	330%
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien gorge adapté) par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale • Prothèses capillaires par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	40% +170 €	10% +170 €
	170 €	170 €
	40% +170 €	10% +170 €
	170 €	170 €
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie 	90%	60%
<ul style="list-style-type: none"> • Petits appareillages 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Grands appareillages 	35%	10%

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

PLC
LG AB
PR IR 03

Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Soins dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	80%	60%
• Parodontologie	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
• Prothèses fixes (dents de devant)	350 € / dent	350 € / dent
• Prothèses fixes (dents du fond)	235 € / dent	235 € / dent
• Prothèses mobiles	250%	230%
• Inlay core	250%	230%
• Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100%	100%
• Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR reconstituée	100% de la BR reconstituée

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

Optique	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Verres		
☞ Verre simple	50 € / verre	50 € / verre
☞ Verre moyen	87 € / verre	87 € / verre
☞ Verre complexe	135 € / verre	135 € / verre
☞ Verre hypercomplexe	213 € / verre	213 € / verre
• Monture		
☞ Ayant droit de moins de 18 ans	73 €	73 €
☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	95 €	95 €
Limites : ♦ une paire de lunettes toutes les deux années civiles pour les adultes, (sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égale à 0,50 et sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste), ♦ deux paires par année civile pour les enfants de moins de 18 ans, sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à 0.50 (sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste). ♦ le forfait lentilles est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables		
• Supplément optique pris en charge par la Sécurité sociale		
☞ Ayant droit de moins de 18 ans	100%	75%
☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	350%	325%

Optique	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Lentilles		
☞ Prises en charge par la Sécurité sociale	350% + 172 €	325% + 172 €
☞ Non prises en charge par la Sécurité sociale	172€	172€
• Prothèses oculaires	350%	325%
• Chirurgie réfractive (par oeil)	307 €	307 €

Cure thermale Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Etablissement thermal	35%	10%
• Hébergement		
☞ pris en charge par la Sécurité sociale	85%	85%

Hospitalisation Etablissement conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc ne sont pas pris en charge)</i>	20%	Néant
• Chambre particulière		
☞ Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	60 €/J	60 €/J
☞ Soins de suite et de réadaptation	43 €/J	43 €/J
☞ Psychiatrie	43 €/J	43 €/J
• Forfait journalier	100% des frais réels	Néant
• Forfait journalier en service psychiatrie	100% des frais réels	Néant
• Accompagnement (enfant de moins de 10 ans ou enfant handicapé de moins de 20 ans)	38 €/J	38 €/J
Honoraires des praticiens		
• Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale		
☞ Parcours de soins	70%	Néant
☞ Hors parcours de soins	45%	Néant

PLC LG AB
PR JF on

Hospitalisation Etablissement conventionné et non conventionné	Prestations du Régime de base exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale ☞ Parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	50% 25%	50% 25%

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace-Moselle ne sont pas concernés.

2/ Les options facultatives

Option 1

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et visites (Généralistes, Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins Majoration pour visite à domicile non justifiée 	100% 30% Néant	80% 10% Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Actes d'imagerie (radiologie) - Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80% 30%	60% 10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession 	3 fois 30 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Nutritionnistes diplômés d'état 	3 fois 30 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires des sages femmes 	30%	10%

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale		
☞ Dans le parcours de soins	80%	60%
☞ Hors parcours de soins	30%	10%
• Transport et déplacement	35%	Néant

(*) **Prestation de prévention** pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace-Moselle ne sont pas concernés.

Produits pharmaceutiques et fournitures	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations		
☞ Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la Sécurité sociale	35%	10%
☞ Pharmacie à 30%	70%	20%
☞ Pharmacie à 15%	Néant	Néant
☞ Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale	46 €/année civile	46 €/année civile
• Substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale	2 fois 27 €/année civile (*)	2 fois 27 €/année civile (*)
• Acoustique		
☞ Fournitures prises en charge par la Sécurité sociale	355%	330%
☞ Fournitures relatives à l'entretien et réparation prises en charge par la Sécurité sociale	355%	330%

PhC
L6 AB
PR IG AB

Produits pharmaceutiques et fournitures	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien gorge adapté) par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	40% +170 € 170 €	10% +170 € 170 €
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses capillaires par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	40% +170 € 170 €	10% +170 € 170 €
• Orthopédie	90%	60%
• Petits appareillages	40%	10%
• Grands appareillages	35%	10%

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Soins dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	80%	60%
• Parodontologie	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
• Prothèses fixes (dents de devant)	380 € / dent	380 € / dent
• Prothèses fixes (dents du fond)	300 € / dent	300 € / dent
• Prothèses mobiles	250%	230%
• Inlay core	250%	230%
• Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150%	150%
• Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR reconstituée	100% de la BR reconstituée

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

PR C
LG AB
PR JF ou

Optique	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Verres ☞ Verre simple ☞ Verre moyen ☞ Verre complexe ☞ Verre hypercomplexe • Monture ☞ Ayant droit de moins de 18 ans ☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans 	<p>65 € / verre</p> <p>110 € / verre</p> <p>165 € / verre</p> <p>230 € / verre</p> <p>73 €</p> <p>107 €</p>	<p>65 € / verre</p> <p>110 € / verre</p> <p>165 € / verre</p> <p>230 € / verre</p> <p>73 €</p> <p>107 €</p>
<p>Limites : ♦ une paire de lunettes toutes les deux années civiles pour les adultes, (sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égale à 0,50 et sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste),</p> <p>♦ deux paires par année civile pour les enfants de moins de 18 ans, sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à 0.50 (sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste).</p> <p>♦ le forfait lentilles est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Supplément optique pris en charge par la Sécurité sociale ☞ Ayant droit de moins de 18 ans ☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans 	<p>100%</p> <p>350%</p>	<p>75%</p> <p>325%</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Lentilles ☞ Prises en charge par la Sécurité sociale ☞ Non prises en charge par la Sécurité sociale • Prothèses oculaires • Chirurgie réfractive (par oeil) 	<p>350% + 172 €</p> <p>172€</p> <p>350%</p> <p>307 €</p>	<p>325% +172 €</p> <p>172€</p> <p>325%</p> <p>307 €</p>

Cure thermale Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 1 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Etablissement thermal • Hébergement ☞ pris en charge par la Sécurité sociale 	<p>35%</p> <p>85%</p>	<p>10%</p> <p>85%</p>

ple L6 AB
PR JF CM

Hospitalisation Etablissement conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 1	
	exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc ne sont pas pris en charge)</i> • Chambre particulière <ul style="list-style-type: none"> ☞ Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité ☞ Soins de suite et de réadaptation ☞ Psychiatrie • Forfait journalier • Forfait journalier en service psychiatrie • Accompagnement (enfant de moins de 10 ans ou enfant handicapé de moins de 20 ans) 	<p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">60 €/J</p> <p style="text-align: center;">60 €/J</p> <p style="text-align: center;">60 €/J</p> <p style="text-align: center;">100% des frais réels</p> <p style="text-align: center;">100% des frais réels</p> <p style="text-align: center;">42 €/J</p>	<p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">60 €/J</p> <p style="text-align: center;">60 €/J</p> <p style="text-align: center;">60 €/J</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">42 €/J</p>
Honoraires des praticiens <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> ☞ Parcours de soins ☞ Hors parcours de soins • Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> ☞ Parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	<p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">45%</p> <p style="text-align: center;">80%</p> <p style="text-align: center;">25%</p>	<p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">80%</p> <p style="text-align: center;">25%</p>

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace-Moselle ne sont pas concernés.

Option 2

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 2	
	exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et visites (Généralistes, Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition <ul style="list-style-type: none"> ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins • Majoration pour visite à domicile non justifiée 	<p style="text-align: center;">150%</p> <p style="text-align: center;">30%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p>	<p style="text-align: center;">130%</p> <p style="text-align: center;">10%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p>

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 2 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Actes d'imagerie (radiologie) - Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80% 30%	60% 10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession 	3 fois 30 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires Nutritionnistes diplômés d'état 	3 fois 30 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires des sages femmes 	30%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale ☞ Dans le parcours de soins ☞ Hors parcours de soins 	80% 30%	60% 10%
<ul style="list-style-type: none"> • Transport et déplacement 	35%	Néant

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace Moselle ne sont pas concernés.

PhC
26 AB
PR IF

Produits pharmaceutiques et fournitures	Prestations de l'option 2 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations ☞ Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la Sécurité sociale ☞ Pharmacie à 30% ☞ Pharmacie à 15% ☞ Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">35%</p> <p style="text-align: center;">70%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">46 €/année civile</p>	<p style="text-align: center;">10%</p> <p style="text-align: center;">20%</p> <p style="text-align: center;">Néant</p> <p style="text-align: center;">46 €/année civile</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale 	2 fois 27 €/année civile (*)	2 fois 27 €/année civile (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Acoustique ☞ Fournitures prises en charge par la Sécurité sociale ☞ Fournitures relatives à l'entretien et réparation prises en charge par la Sécurité sociale 	355%	330%
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien gorge adapté) par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale • Prothèses capillaires par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">40% +170 €</p> <p style="text-align: center;">170 €</p>	<p style="text-align: center;">10% +170 €</p> <p style="text-align: center;">170 €</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie 	90%	60%
<ul style="list-style-type: none"> • Petits appareillages 	40%	10%
<ul style="list-style-type: none"> • Grands appareillages 	35%	10%

(*) **Prestation de prévention** pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 2 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Soins dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	80%	60%
• Parodontologie	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
• Prothèses fixes (dents de devant)	420 € / dent	420 € / dent
• Prothèses fixes (dents du fond)	320 € / dent	320 € / dent
• Prothèses mobiles	250%	230%
• Inlay core	250%	230%
• Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	200%	200%
• Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR reconstituée	100% de la BR reconstituée

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux)

Optique	Prestations de l'option 2 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Verres		
☞ Verre simple	75 € / verre	75 € / verre
☞ Verre moyen	165 € / verre	165 € / verre
☞ Verre complexe	215 € / verre	215 € / verre
☞ Verre hypercomplexe	250 € / verre	250 € / verre
• Monture		
☞ Ayant droit de moins de 18 ans	73 €	73 €
☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	120 €	120 €
Limites : ♦ une paire de lunettes toutes les deux années civiles pour les adultes, (sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égale à 0,50 et sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste), ♦ deux paires par année civile pour les enfants de moins de 18 ans, sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à 0.50 (sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste). ♦ le forfait lentilles est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables		
• Supplément optique pris en charge par la Sécurité sociale		
☞ Ayant droit de moins de 18 ans	100%	75%
☞ Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	350%	325%

PhC
L6 AB
PR IF CUS

Optique	Prestations de l'option 2	
	exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Lentilles		
☞ Prises en charge par la Sécurité sociale	350% + 172 €	325% +172 €
☞ Non prises en charge par la Sécurité sociale	172€	172€
• Prothèses oculaires	350%	325%
• Chirurgie réfractive (par oeil)	307 €	307 €

Cure thermique Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 2	
	exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Etablissement thermal	35%	10%
• Hébergement		
☞ pris en charge par la Sécurité sociale	85%	85%

Hospitalisation Etablissement conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 2	
	exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc ne sont pas pris en charge)</i>	20%	Néant
• Chambre particulière		
☞ Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	66 €/J	66 €/J
☞ Soins de suite et de réadaptation	66 €/J	66 €/J
☞ Psychiatrie	66 €/J	66 €/J
• Forfait journalier	100% des frais réels	Néant
• Forfait journalier en service psychiatrie	100% des frais réels	Néant
• Accompagnement (enfant de moins de 10 ans ou enfant handicapé de moins de 20 ans)	42 €/J	42 €/J
Honoraires des praticiens		
• Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale		
☞ Parcours de soins	150%	Néant
☞ Hors parcours de soins	45%	Néant

Hospitalisation Établissement conventionné et non conventionné	Prestations de l'option 2 exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros	
	Régime Général et Mayotte	Régime Alsace Moselle
• Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale		
☞ Parcours de soins	130%	130%
☞ Hors parcours de soins	25%	25%

L'assureur prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Les Assurés relevant du régime Alsace Moselle ne sont pas concernés.

Phe.
 L6 AB
 PR IF CM