

Avenant N°3
à l'accord du 7 Juillet 2011 instituant un régime de garanties collectives
« Remboursement de frais de santé » au profit des fonctionnaires et
contractuels de droit public de La Poste

et à :
- l'avenant N° 1 du 20 Décembre 2011
- l'avenant N° 2 du 27 Juin 2013

Entre la Direction Générale de La Poste, représentée par **Madame Sylvie FRANÇOIS**, Directrice des Ressources Humaines et des Relations Sociales du Groupe La Poste, d'une part,

et les organisations syndicales représentatives signataires du présent avenant :

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit.

PREAMBULE

En application de la réglementation en vigueur sur les garanties de protection sociale complémentaire prévues au présent accord et plus particulièrement aux **CHAPITRES 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE »** et **3 « LES OPTIONS FACULTATIVES »** et notamment :

- le décret du 18 novembre 2014 modifiant l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale et instaurant des plafonds de garanties à respecter pour que les garanties s'inscrivent dans le cadre du **Contrat Responsable**,
- l'instauration par l'assurance maladie de la Protection Universelle Maladie prévue par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, actant de la suppression progressive du statut d'ayant droit pour les adultes.
- la généralisation des couvertures santé collectives à toutes les entreprises (loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013), l'article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 modifiant l'article L911-7 et le décret du 30 décembre 2015 modifiant l'article D911-2 du code de la Sécurité sociale, qui déterminent :
 - les **conditions d'ancienneté**,
 - les **dispenses d'affiliation de droit**, liées au fait que le fonctionnaire bénéficie d'une couverture par ailleurs.

Les parties conviennent :

- de la nécessité de **mettre en conformité** sur des niveaux « responsables » les garanties du « **REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE** » pour les honoraires des deux collèges. Elles décident, concomitamment de l'**amélioration** de certaines autres garanties, sans contrepartie de **hausse des taux de cotisations** servant au financement des garanties du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » actée et ce, au vu du niveau de la réserve générale constituée sur ce régime,

- d'améliorer le système actuel **de clé de répartition des cotisations entre l'employeur** et les agents prévues au CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ». A la notion de taux de participation employeur en moyenne de 50 % pour le collège « CADRES » et de 60 % pour le collège « EMPLOYES » est substituée un taux de participation employeur fixé par collège, pour l'agent et pour chaque type d'ayants droit.

Ces aménagements font l'objet du **CHAPITRE 1** du présent avenant.

Les parties conviennent :

- de faire évoluer la **définition des ayants droit à charge** pour les adultes et les enfants de plus de 18 ans,
- de modifier les **conditions d'affiliation** au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » pour les agents,
- de l'intégration des **dispenses d'affiliation de droit**,

Ces aménagements font l'objet du **CHAPITRE 2** du présent avenant.

Les parties conviennent en dernier lieu :

- de supprimer du régime les options facultatives prévues au chapitre **3 « LES OPTIONS FACULTATIVES »**,
- de proposer aux agents un nouveau régime distinct, comportant des garanties surcomplémentaires à celles du régime « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE », sur des niveaux de garanties « non responsables ».

Ces aménagements font l'objet de la réécriture du **CHAPITRE 3 de l'accord du 7 juillet 2011**.

- Ainsi que de modifier le CHAPITRE 10 : REVISION ET DENONCIATION.

Ces modifications font l'objet **du CHAPITRE 4** du présent avenant.

Il a donc été décidé ce qui suit en application de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

**CHAPITRE 1 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 2
« LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE
OBLIGATOIRE » SUITE A MISE EN CONFORMITE ET AMELIORATION DE
GARANTIES**

L'annexe « INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » citée à l'article 5.2 « L'évolution des cotisations » du CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » de l'accord collectif du 11 juillet 2011, est remplacée par l'annexe 1 jointe au présent avenant, à effet du **1er janvier 2018**.

Il est substitué à l'article 5.1 « Taux, montant, assiette des cotisations », un article 5.1 nouveau, ci-après, à compter du **1er janvier 2018**.

Article 5.1 : taux, montant assiette des cotisations

La participation de l'employeur aux cotisations servant au financement des garanties du « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE », est déterminée comme suit :

Cadres

Taux de participation sur l'agent	50%
Taux de participation sur les membres de la famille	
conjoint	65%
1er enfant sans conjoint	65%
enfant avec conjoint / 2 ^d enfant sans conjoint	80%

Employés

Taux de participation sur l'agent	54,5%
Taux de participation sur les membres de la famille	
conjoint	80%
1er enfant sans conjoint	85%
enfant avec conjoint / 2 ^d enfant sans conjoint	85%

Il ne sera plus tenu compte de la variation du volume d'ayants droit pour réviser les cotisations afférentes à chaque type de famille, tel que décrit à l'article 5.2. « l'évolution des cotisations ».

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

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

- Agent sans ayants droits	1,10%	50,2%	1,09%	2,19%
- Agent + conjoint à charge	2,52%	57,5%	1,86%	4,38%
-Agent + conjoint + 1 enfant à charge	3,30%	61,6%	2,06%	5,36%
-Agent + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	4,08%	64,4%	2,26%	6,34%
- Agent + 1 enfant à charge	1,74%	54,9%	1,43%	3,17%
- Agent + 2 enfants à charge ou plus	2,52%	60,7%	1,63%	4,15%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation inchangés et 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 de la métropole 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 de la métropole en vigueur.

	La Poste		Fonctionnaire ou contractuel de droit public	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération
Régime général et Mayotte				

Employés

- Agent sans ayants droits	1,46%	54,5%	1,22%	2,68%
- Agent + conjoint à charge	3,60%	67,2%	1,76%	5,36%
-Agent + conjoint + 1 enfant à charge	4,68%	70,6%	1,95%	6,63%
-Agent + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	5,76%	72,9%	2,14%	7,90%
- Agent + 1 enfant à charge	2,54%	64,3%	1,41%	3,95%
- Agent + 2 enfants à charge ou plus	3,62%	69,3%	1,60%	5,22%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation inchangés et 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 de la métropole 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 de la métropole en vigueur.

	La Poste		Contractuel de droit public	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération
Régime Alsace Moselle				

Cadres

- Agent sans ayants droits	0,66%	50,4%	0,65%	1,31%
- Agent + conjoint à charge	1,51%	57,6%	1,11%	2,62%
-Agent + conjoint + 1 enfant à charge	1,98%	61,7%	1,23%	3,21%
-Agent + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	2,45%	64,5%	1,35%	3,80%
- Agent + 1 enfant à charge	1,04%	54,7%	0,86%	1,90%
- Agent + 2 enfants à charge ou plus	1,51%	60,6%	0,98%	2,49%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation inchangés et 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 de la métropole 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 de la métropole 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

- Agent sans ayants droits	0,88%	54,7%	0,73%	1,61%
- Agent + conjoint à charge	2,16%	67,1%	1,06%	3,22%
- Agent + conjoint + 1 enfant à charge	2,81%	70,6%	1,17%	3,98%
- Agent + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	3,46%	73,0%	1,28%	4,74%
- Agent + 1 enfant à charge	1,52%	64,1%	0,85%	2,37%
- Agent + 2 enfants à charge ou plus	2,17%	69,3%	0,96%	3,13%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation inchangés et 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 de la métropole 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 de la métropole 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.

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 la rémunération ou le revenu de remplacement.

CHAPITRE 2 : MODIFICATIONS APPORTEES AUX CONDITIONS D’AFFILIATION PREVUES AU CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE »

Les deux premiers alinéas du CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » sont remplacés par ce qui suit, à effet du **1^{er} janvier 2018** :

Le régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » revêt un caractère familial. A ce titre l’adhésion est obligatoire pour le fonctionnaire ou contractuel de droit public ainsi que pour ses ayants-droit à charge, tels que définis par le contrat d’assurance. 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.

En pratique, le périmètre des ayants-droit couverts à titre obligatoire sera inchangé à compter du 1^{er} janvier 2018. Les modifications législatives relatives à la mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMa) nécessitent simplement une réécriture des clauses du contrat d’assurance sur la définition des ayants-droit.

Ainsi, la définition des ayants droit figurant à l’article 2 du CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » évolue et seront considérés comme ayants droit à charge :

- Les conjoints, ascendants et collatéraux, dès lors qu’ils n’exercent pas d’activité et ne perçoivent aucun revenu,
- les conjoints en période de chômage non rémunérée,
et
- les enfants de plus de 18 ans qui étaient à charge au sens de la Sécurité sociale avant l’atteinte de leurs 18 ans,

dans les conditions mentionnées dans la notice d’information du contrat d’assurance qui sera remise à chaque fonctionnaire ou contractuel de droit public.

L’article 1 «Affiliation » du CHAPITRE 2 « LE REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » de l’accord collectif du 11 juillet 2011, est remplacé par ce qui suit, à effet du **1^{er} janvier 2018** :

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 ...).

Les fonctionnaires en détachement entrant seront affiliés au régime au jour de leur entrée dans l'effectif.

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 de leur réintégration.

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 de leur réemploi.

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'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 et tout document demandé 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 1.1. : Dispense d'affiliation

Par assimilation à la législation en vigueur pour les salariés et par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des fonctionnaires ou contractuels de droit public, une **dispense d'affiliation** est possible dans les cas prévus par la loi et ses décrets d'application (article L. 911-7 et D. 911-1 et suivants du code de la Sécurité sociale), exclusivement sur demande écrite de la part des agents.

Les demandes de dispense mentionnées ci-après doivent être formulées :

- pour un fonctionnaire au moment de son intégration en détachement entrant ou au moment de sa réintégration, après une période de détachement,
- à la date de mise en place de la couverture dont bénéficie le fonctionnaire ou contractuel de droit public par ailleurs, parmi les dispositifs énoncés ci-dessus.

Les cas de dispenses légaux et réglementaires applicables sont ceux en vigueur au jour de la rédaction du présent avenant à l'accord du 11 juillet 2011, et sont les suivants :

- Les fonctionnaires couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur intégration pour un fonctionnaire en détachement entrant ou au moment de leur réintégration après une période de détachement.

Avenant N° 3 à l'accord « Santé » du 7 juillet 2011

7
SC H L JS 9 IF

Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la disposition prend fin à la date de reconduction tacite. La demande de dispense doit s'accompagner d'un justificatif.

- Les fonctionnaires ou contractuels de droit public qui bénéficient, pour les mêmes risques, en tant qu'ayant-droit, d'une couverture collective complémentaire parmi les suivantes :
 - o couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire conformément à l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale ;
 - o Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 (CAMEG) ;
 - o Mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - o Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats « Madelin »).

Le fonctionnaire ou contractuel de droit public devra justifier annuellement auprès de l'employeur de cette dispense d'affiliation.

Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le fonctionnaire ou contractuel de droit public est affilié. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Article 1.2. : Renonciation à l'affiliation

Toutefois, les agents qui bénéficient d'une couverture complémentaire au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU-C) ou de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) peuvent, à leur demande expresse formulée par écrit, renoncer à être affiliés à ce régime.

Cette renonciation est valable tant que l'agent ne demande pas à s'affilier au régime et répond aux conditions.

En tout état de cause, l'ensemble de ces agents sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Le chapitre 3 « LES OPTIONS FACULTATIVES » de l'accord du 11 juillet 2011 est remplacé par le chapitre 3 ci-après, à effet du 1^{er} janvier 2018.

En conséquence, l'ensemble des dispositions prévues au préambule et aux autres chapitres du présent accord, spécifiques aux « Options facultatives » deviennent sans objet et sont abrogées, à effet du **1^{er} janvier 2018**.

Corrélativement, dans les dispositions rédigées au CHAPITRE 11 « COMMISSION DE SUIVI : FONCTIONNEMENT ET ROLE », le « REGIME DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES » est substitué à « Options facultatives », à effet du **1^{er} janvier 2018**.

CHAPITRE 3 : LE REGIME DE « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES » A CELLES DU « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE »

Les parties conviennent de l'instauration d'un régime de garanties surcomplémentaires à celles du « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE », sur des niveaux de garanties non « responsables ».

Ceci dans le but de permettre aux fonctionnaires ou contractuels de droit public assurés dans le « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » de compléter leurs remboursements frais de santé complémentaires, s'ils le souhaitent.

La mise en œuvre de ces garanties surcomplémentaires passe par la souscription par La Poste d'un contrat d'assurance collective distinct de celui souscrit pour l'assurance du « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ». Il est à adhésion facultative et sans participation employeur.

L'affiliation des fonctionnaires ou contractuels de droit public est facultative. Les ayants droits assurés sont les mêmes que ceux couverts dans le « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ».

Les conditions de maintien des garanties sont les mêmes que celles du « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » obligatoire, pendant les périodes de suspension de contrat de travail et en cas de cessation du contrat de travail.

Article 1 : L'affiliation aux garanties surcomplémentaires

Le choix d'adhérer à l'un des niveaux d'option surcomplémentaire proposés pourra être effectué au 1^{er} janvier 2018 pour les agents déjà présents et affiliés au « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ». Pour les autres, le choix s'effectuera au moment de l'affiliation dans le « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ». Tout choix d'adhésion à une option sera possible ultérieurement, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve 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 du salarié;
- mariage ou divorce (ou séparation de corps) ;
- début ou fin de Pacte Civil de Solidarité (PACS) du salarié ;
- 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 salarié à temps partiel ;
- surendettement validé par une commission de 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 2 : Cessation de l'adhésion aux garanties surcomplémentaires

Le bénéfice de l'option surcomplémentaire facultative choisie cesse définitivement :

- 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 9 « Défaut de paiement de la cotisation des options surcomplémentaires ».

Pour les éventuels ayants droit, le bénéfice de l'option facultative cesse à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues par le contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur. Elles sont indiquées dans la notice d'information de l'assureur remise à chaque bénéficiaire.

En tout état de cause, la cessation des garanties pour l'agent entraîne automatiquement celle de ses éventuels ayants droit.

Article 3 : Changement de niveau d'option

La durée d'adhésion à un niveau d'option surcomplémentaire 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 de niveau 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 de garanties sera effectif au 1er 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 4 : Résiliation des garanties à une option surcomplémentaire

La durée d'adhésion à l'un des niveaux d'option surcomplémentaire 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 surcomplémentaire ne pourra demander sa résiliation, 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 1er janvier suivant.

Toutefois, l'agent a la possibilité de résilier à tout moment l'adhésion à l'option surcomplémentaire choisie, 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 est définitive pour l'agent et ses ayants droit, sauf en cas de changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus.

Article 5 : Paiement de la cotisation des options surcomplémentaires

La cotisation annuelle afférente à l'option surcomplémentaire éventuellement souscrite est à la charge intégrale de l'agent et est payable mensuellement.

Lors de la souscription auprès de l'assureur, l'agent autorisera le précompte de la cotisation à acquitter au titre de l'option surcomplémentaire choisie, sur l'ensemble des éléments de rémunération soumis à CSG / CRDS perçus par l'agent.

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

Article 6 : Défaut de paiement de la cotisation des options surcomplémentaires

Au-delà de deux mois de cotisations impayées, 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 surcomplémentaire 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 salarié défaillant.

L'exclusion du groupe des assurés de la surcomplémentaire facultative 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 la surcomplémentaire facultative.

Article 7 : Les cotisations des options surcomplémentaires

Les cotisations à la charge exclusive des fonctionnaires et contractuels de droit public, servant au financement des garanties surcomplémentaires facultatives sont fixées comme suit, par niveau d'options surcomplémentaires et situation de famille :

Les cotisations sont calculées mensuellement par application des taux de cotisations, définis ci-dessous, sur la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année précédente.

Régime général – Mayotte – Régime Local Alsace Moselle

<u>Ensemble du personnel</u>	OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié	0,261%	0,429%	0,924%
Conjoint	0,261%	0,429%	0,924%
Enfant	0,136%	0,211%	0,454%

Article 8 : L'évolution des cotisations des options surcomplémentaires

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 surcomplémentaires fera l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord.

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 surcomplémentaires facultatives sera recherché uniquement au travers d'un ajustement des prestations et/ou des cotisations.

Article 9 : Les garanties des options surcomplémentaires

Les garanties, les conditions d'ouverture des droits, les modalités de calcul et de paiement des garanties sont définies au contrat souscrit auprès de l'organisme assureur. Elles sont indiquées dans la notice d'information de l'assureur remise à chaque bénéficiaire, distincte de celle du Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire. Les garanties à la date de mise en place du dispositif surcomplémentaire figurent en annexe 3 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, en cas de modification de législation de la Sécurité sociale intervenant au 1er janvier 2018.

Article 10 : Les comptes des options surcomplémentaires

Des comptes de résultats techniques seront établis pour chacun des niveaux de garanties surcomplémentaires facultatives. Les résultats de ces garanties surcomplémentaires seront mutualisés exclusivement entre eux.

Les excédents éventuels des comptes des options facultatives viendront alimenter une réserve générale qui restera acquise au régime des options surcomplémentaires 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 garanties surcomplémentaires. 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 4 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 10 « REVISION ET DENONCIATION »

Les trois derniers alinéas du CHAPITRE 10 « REVISION ET DENONCIATION » sont remplacés par ce qui suit, à effet du **1^{er} janvier 2018** :

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.

Il est expressément convenu entre les parties signataires que cette dénonciation pourra, soit porter sur la totalité de l'accord, soit porter uniquement sur le « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » ou uniquement sur le régime de « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES ».

Si la dénonciation est limitée à un seul des deux régimes, les dispositions des autres chapitres du présent accord, non spécifiques à la ou aux partie(s) dénoncée(s) resteront en vigueur. L'acte de dénonciation devra en conséquence préciser le caractère total ou limité soit au régime « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » ou au régime de « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES »

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 (ou des) contrat(s) d'assurance prévue dans les conditions de dénonciation de ce(s) dernier(s).

La résiliation du contrat d'assurance du régime « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OLIGATOIRE » ou du contrat d'assurance du régime des « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES » par l'organisme assureur emportera de plein droit la caducité des chapitres de l'accord portant sur ces régimes, par disparition de leur objet.

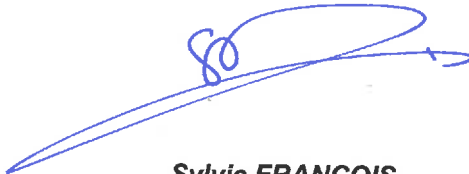
En cas de résiliation du (ou des) contrat(s) d'assurance par l'assureur, le préavis de dénonciation totale ou partielle de l'accord collectif sera réduit à un mois.

SIGNATURES :

Fait à Paris, le 26 Juillet 2017

Pour La Poste

La Directrice Générale Adjointe
Directrice des Ressources Humaines et des Relations Sociales du Groupe La Poste



Sylvie FRANÇOIS

Pour les organisations syndicales

Fédération Communication Conseil Culture
(F3C - CFDT)

Stephane CHRISTET



Fédération des syndicats PTT
Solidaires Unitaires et Démocratiques
(SUD)

Fédération syndicaliste Force Ouvrière
De la Communication Postes et
Télécommunications (FO - COM)

Fleurbaey Isabelle



Unis pour Agir Ensemble
Fédération CFTC des Postes et des
Télécommunications
CGC Groupe La Poste
Fédération UNSA - Postes

C. BODIN c bodin

E. JACQUINET Jacquinet

M. LAGANIE

ANNEXE 1 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE » en plus de la Sécurité sociale

mise en conformité sur niveau maximum autorisé

mise en conformité à la hausse

amélioration de garanties

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Honoraires - Soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné		
- Consultations et visites (Généralistes et 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 un euro)	100% TM + 90% BR	100% TM + 70% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
Majoration pour visite à domicile non justifiée	Néant	Néant
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70 % BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)	100% TM	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B (hors un euro)	100% TM	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	4 fois 43,50€ / an	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	3 fois 24,50 € / an	
- Honoraires des Sages-femmes	100% TM	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70 % BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	100% TM	
- Participation Forfaitaire	18 € par jour	
Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné		
- Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	100% TM + 50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	3 fois 43,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	440 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	440 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	100% TM + 170% BR	
- Inlays et Onlays	440 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	Néant	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100% TM + 125% BR	
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	100% de la BR reconstituée	

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Produits pharmaceutiques et fournitures		
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement)		
- Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la sécurité sociale		100% TM
- Pharmacie à 30%		100% TM
- Pharmacie à 15%		Néant
- Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale		Néant
- Contraceptif oral prescrits et non remboursé par la sécurité sociale (versé en une ou plusieurs fois sur présentation de facture ou ticket de caisse et prescription)		52 € / année civile
- Substituts Nicotiniques prescrits sur ordonnance séparée et remboursés par la sécurité sociale (versé en une fois pour les 2ème et 3ème mois après la sécurité sociale)		/ année civile : 2 fois 31 €
- Acoustique		
- Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale		100% TM+ 215% BR
- Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 571 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		571 €
- Prothèses capillaires par acte		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 191 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		191 €
- Orthopédie		100% TM + 50% BR
- Petits appareillages		100% TM+ 50% BR
- Grands appareillages		100% TM + 35% BR
Optique		
- Verres		
- Verre simple		39 € / verre
- Verre moyen		78 € / verre
- Verre complexe		136,50 € / verre
- Verre hypercomplexe		205 € / verre
- Monture		
- Ayant droit de moins de 18 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année des 17 ans)		47 €
- Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans (à partir du 1er janvier de l'année des 18 ans)		55 €
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale		Dans la limite du plafond du contrat responsable
- ayant droit de moins de 18 ans		100% TM + 60% BR
- assuré ou ayant droit de plus de 18 ans		100% TM + 310% BR
- Lentilles		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 310% BR + 75 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		75 €
- Prothèses oculaires		100% TM + 350% BR
- Chirurgie réfractive (par œil)		516,00 €

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Cure thermale		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Etablissement Thermal	100% TM	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 50% BR	
Hospitalisation		
Etablissements conventionnés et non conventionnés		
- Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)</i>	100% TM	
- Chambre particulière		
Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	44,50 € / jour	
Soins de suite et réadaptation	42,50 € / jour	
Psychiatrie	42,50 € / jour	
- Forfait journalier	100% des frais réels	
- Forfait journalier Service Psychiatrie	100% des frais réels	
- Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	42,50 € / jour	
- Honoraires des praticiens		
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale		
- Parcours de soins	100% TM + 120% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale		
- Parcours de soins	100% TM + 120% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR

Optique : limites

- dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel* ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.
* sur présentation d'une nouvelle prescription médicale précisant le changement de correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Doit également être fournis la prescription de l'équipement précédent ou tout document de l'opticien, précisant la correction de l'équipement précédent.
- Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

mise en conformité sur niveau maximum autorisé

mise en conformité à la hausse

amélioration de garanties

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

CCFP FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Honoraires - Soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné		
- Consultations et visites (Généralistes et 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 un euro)	100% TM + 90% BR	100% TM + 70% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
Majoration pour visite à domicile non justifiée	Néant	Néant
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70% BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)	100% TM	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B	100% TM	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	4 fois 43,50 € / an	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	3 fois 24,50 € / an	
- Honoraires des Sages-femmes	100% TM	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70% BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	100% TM	
- Participation Forfaitaire	18 € par jour	
Dentaire		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	100% TM + 50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	3 fois 43,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	440 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	440 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	100% TM + 220% BR	
- Inlays et Onlays	440 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	Néant	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100% TM + 125% BR	
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	100% de la BR reconstituée	

CCFP FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Produits pharmaceutiques et fournitures		
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement)		
- Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la sécurité sociale		100% TM
- Pharmacie à 30%		100% TM
- Pharmacie à 15%		Néant
- Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale		Néant
- Contraceptif oral prescrits et non remboursé par la sécurité sociale (versé en une ou plusieurs fois sur présentation de facture ou ticket de caisse et prescription)		52 € / année civile
- Substituts Nicotiniques prescrits sur ordonnance séparée et remboursés par la sécurité sociale (versé en une fois pour les 2ème et 3ème mois après la Sécurité sociale)		/ année civile : 2 fois 31 €
- Acoustique		
- Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale		100% TM + 315% BR
- Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 571 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		571 €
- Prothèses capillaires par acte		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 191 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		191 €
- Orthopédie		
- Petits appareillages		100% TM + 50% BR
- Grands appareillages		100% TM + 35% BR
Optique		
- Verres		
- Verre simple		55 € / verre
- Verre moyen		96 € / verre
- Verre complexe		157 € / verre
- Verre hypercomplexe		252 € / verre
- Monture		
- Ayant droit de moins de 18 ans		80,50 €
- Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans		104 €
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale		
- ayant droit de moins de 18 ans		Dans la limite du plafond du contrat 100% TM + 60% BR
- assuré ou ayant droit de plus de 18 ans		100% TM + 310% BR
- Lentilles		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 310% BR + 188,50€
- non prises en charge par la sécurité sociale		188,50 €
- Prothèses oculaires		
		100% TM + 350% BR
- Chirurgie réfractive (par œil)		
		555,50 €

CCFP FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Cure thermale Secteurs conventionné et non conventionné		
- Etablissement Thermal	100% TM	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 50% BR	
Hospitalisation Etablissements conventionnés et non conventionnés		
- Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)</i>	100% TM	
- Chambre particulière		
Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	66 € / jour	
Soins de suite et réadaptation	47,50 € / jour	
Psychiatrie	47,50 € / jour	
- Forfait journalier	100% des frais réels	
- Forfait journalier Service Psychiatrie	100% des frais réels	
- Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	42,50 € / jour	
- Honoraires des praticiens		
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale		
- Parcours de soins	100% TM + 120% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale		
- Parcours de soins	100% TM + 120% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR

Optique : limites

- dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel* ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.
* sur présentation d'une nouvelle prescription médicale précisant le changement de correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Doit également être fournis la prescription de l'équipement précédent ou tout document de l'opticien, précisant la correction de l'équipement précédent.
- Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

ANNEXE 2 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE DU REGIME «SURCOMPLEMENTAIRES » A ADHESION FACULTATIVE

Additionnelles à de celles du « REGIME DE BASE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE ».

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Honoraires - Soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné						
- Consultations et visites (Généralistes et 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 un euro)	30% BR	50% BR	80% BR	100% BR	230% BR	250% BR
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B (hors un euro)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	4 fois 10,50€ / an		4 fois 10,50€ / an		4 fois 12,50€ / an	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	3 fois 8,50 € / an		3 fois 8,50 € / an		3 fois 11,50 € / an	
- Honoraires des Sages-femmes	Néant*		Néant*		Néant*	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	Néant*		Néant*		Néant*	
Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné						
- Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	Néant*		Néant*		50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	3 fois 10,50 € / an		3 fois 21 € / an		3 fois 26,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	100% BR		100% BR		175% BR	
- Inlays et Onlays	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	584 € / dent Maximum 3 / année civile		638 € / dent Maximum 3 / année civile		638 € / dent Maximum 3 / année civile	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	75% BR		125% BR		200% BR	
Produits pharmaceutiques et fournitures						
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement)						
- Pharmacie à 15%	Néant		Néant		100% TM	
- Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale	Néant		Néant		105€ / année civile / bénéficiaire	

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC EMPLOYES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou
Acoustique						
- Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale	145% BR		145% BR		295% BR	
Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte						
- prises en charge par la sécurité sociale						
- non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
Prothèses capillaires par acte						
- prises en charge par la sécurité sociale						
- non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
- Orthopédie	60% BR		60% BR		120% BR	
- Petits appareillages	60% BR		60% BR		120% BR	
- Grands appareillages	60% BR		60% BR		120% BR	
Optique						
Verres						
- Verre simple	32 € / verre		44 € / verre		71 € / verre	
- Verre moyen	43,50 € / verre		102,50 € / verre		169 € / verre	
- Verre complexe	53 € / verre		108 € / verre		182,50 € / verre	
- Verre hypercomplexe	66 € / verre		87,50 € / verre		168 € / verre	
Monture						
- Ayant droit de moins de 18 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année des 17 ans)	33,50 €		33,50 €		86,50 €	
- Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans (à partir du 1er janvier de l'année des 18 ans)	62,50 €		76,50 €		208,00 €	
Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale						
- ayant droit de moins de 18 ans	Néant*		Néant*		Néant*	
- assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	Néant*		Néant*		Néant*	
Lentilles						
- prises en charge par la sécurité sociale	113,50 €		113,50 €		208,50 €	
- non prises en charge par la sécurité sociale	113,50 €		113,50 €		241 €	
- Prothèses oculaires	Néant*		Néant*		Néant*	
- Chirurgie réfractive (par œil)	122 €		122 €		306 €	
Cure thermale						
Secteurs conventionné et non conventionné						
- Etablissement Thermal	Néant*		Néant*		Néant*	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
Hospitalisation						
Etablissements conventionnés et non conventionnés						
- Frais de séjour (les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)	Néant*		Néant*		Néant*	
Chambre particulière						
- Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	21,50 € / jour		27,50 € / jour		59 € / jour	
- Soins de suite et réadaptation	23,50 € / jour		29,50 € / jour		61 € / jour	
- Psychiatrie	23,50 € / jour		29,50 € / jour		61 € / jour	
- Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	4,50 € / jour		4,50 € / jour		5 € / jour	
Honoraires des praticiens						
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale						
- Parcours de soins	20% BR	40% BR	50% BR	70% BR	125% BR	145% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant	20% BR	Néant	20% BR	Néant	20% BR
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale						
- Parcours de soins	20% BR	40% BR	50% BR	70% BR	125% BR	145% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant	20% BR	Néant	20% BR	Néant	20% BR

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Honoraires - Soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné						
- Consultations et visites (Généralistes et 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 un euro)	30% BR	50% BR	80% BR	100% BR	230% BR	250% BR
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. <i>(hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)</i>	Néant*		Néant*		Néant*	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B	Néant*		Néant*		Néant*	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	4 fois 10,50€ / an		4 fois 10,50€ / an		4 fois 12,50€ / an	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	3 fois 8,50 € / an		3 fois 8,50 € / an		3 fois 11,50 € / an	
- Honoraires des Sages-femmes	Néant*		Néant*		Néant*	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	Néant*		Néant*		Néant*	
Dentaire						
Secteurs conventionné et non conventionné						
- Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	Néant*		Néant*		50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	3 fois 10,50 € / an		3 fois 21 € / an		3 fois 26,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	50% BR		50% BR		125% BR	
- Inlays et Onlays	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	584 € / dent Maximum 3 / année civile		638 € / dent Maximum 3 / année civile		638 € / dent Maximum 3 / année civile	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	75% BR		125% BR		200% BR	
Produits pharmaceutiques et fournitures						
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement)						
- Pharmacie à 15%	Néant		Néant		100% TM	
- Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale	Néant		Néant		105€ / année civile / bénéficiaire	



 SC IF

 A. D. J.

FONCTIONNAIRES ET ACOS DROIT PUBLIC CADRES Régime GENERAL, MAYOTTE et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
- Acoustique						
- Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale	45% BR		45% BR		195% BR	
- Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte						
- prises en charge par la sécurité sociale						
- non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
- Prothèses capillaires par acte						
- prises en charge par la sécurité sociale						
- non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
- Orthopédie	60% BR		60% BR		120% BR	
- Petits appareillages	60% BR		60% BR		120% BR	
- Grands appareillages	60% BR		60% BR		120% BR	
Optique						
- Verres						
- Verre simple	16 € / verre		28 € / verre		55 € / verre	
- Verre moyen	25,50 € / verre		84,50 € / verre		151 € / verre	
- Verre complexe	32,50 € / verre		87,5 € / verre		162 € / verre	
- Verre hypercomplexe	19 € / verre		40,50 € / verre		121 € / verre	
- Monture						
- Ayant droit de moins de 18 ans	Néant		Néant		53 €	
- Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	13,50 €		27,50 €		159 €	
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale						
- ayant droit de moins de 18 ans	Néant*		Néant*		Néant*	
- assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	Néant*		Néant*		Néant*	
- Lentilles						
- prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		95 €	
- non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		127,50 €	
- Prothèses oculaires	Néant*		Néant*		Néant*	
- Chirurgie réfractive (par œil)	82,50 €		82,50 €		266,50 €	
Cure thermique						
Secteurs conventionné et non conventionné						
- Etablissement Thermal	Néant*		Néant*		Néant*	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
Hospitalisation						
Etablissements conventionnés et non conventionnés						
- Frais de séjour						
(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Chambre particulière						
Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	Néant		6 € / jour		37,50 € / jour	
Soins de suite et réadaptation	18,50 € / jour		24,50 € / jour		56 € / jour	
Psychiatrie	18,50 € / jour		24,50 € / jour		56 € / jour	
- Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	4,50 € / jour		4,50 € / jour		5 € / jour	
- Honoraires des praticiens						
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale						
- Parcours de soins	20% BR	40% BR	50% BR	70% BR	125% BR	145% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant	20% BR	Néant	20% BR	Néant	20% BR
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale						
- Parcours de soins	20% BR	40% BR	50% BR	70% BR	125% BR	145% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant	20% BR	Néant	20% BR	Néant	20% BR

Optique : limites

- dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel* ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.

* sur présentation d'une nouvelle prescription médicale précisant le changement de correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Doit également être fournis la prescription de l'équipement précédent ou tout document de l'opticien, précisant la correction de l'équipement précédent.

- Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.

* Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, sous déduction du montant déjà versé au titre des garanties du contrat de base obligatoire.