

#2020-2021

LE GUIDE

— DES DROITS DU SALARIÉ —
DU PAYSAGE

FO **FGTA**
Agir au cœur du changement






www.fgtafo.fr



www.fgtafo.fr

Protection, services, accompagnement social

Souriez, vous êtes au cœur de nos engagements

-  **Vous proposer** des solutions personnalisées en santé et en prévoyance
-  **Vous aider** à concilier bien-être des salariés et performance
-  **Être à vos côtés** dans les moments de fragilité
-  **Vous garantir** des soins de qualité au juste prix
-  **Agir** pour une société plus juste et plus inclusive

malakoffhumanis.com



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - EPARONE

On aime vous voir sourire



ÉDITO

PATRICIA DREVON

Cher(e)s adhérent(e)s,

Ce guide a pour objectif de vous aider à comprendre l'essentiel de vos droits. Vous y trouverez les questions relatives à votre contrat de travail, vos droits à congés, votre santé et vos garanties en matière de prévoyance, etc. Ce document nous donne l'occasion de faire connaître notre Fédération : la FGTA-FO (Fédération générale des travailleurs de l'agriculture,

de l'alimentation et des services connexes) qui se bat tous les jours pour défendre les acquis sociaux des salariés du paysage et améliorer leurs conditions de travail.

La FGTA-FO couvre tout le champ conventionnel du secteur agricole et agroalimentaire. Nous connaissons donc bien votre secteur d'activité et pouvons vous accompagner.

Si vous êtes en recherche

d'informations, la FGTA-FO et les structures départementales FO (Unions Locales et Départementales) sont à votre disposition.

Nous sommes toujours à l'écoute et à la recherche de salariés qui souhaitent s'investir : alors rejoignez-nous pour la défense de vos droits et pour en revendiquer de nouveaux...

SOMMAIRE

LES CONGÉS4-6

Congés payés4

Congés exceptionnels6

LES CONTRATS DE TRAVAIL9-11

La période d'essai.....9

Le CDD10

Le CDI.....11

Les saisonniers.....11

LA CARTE CAMPAGNE12

LA PRÉVOYANCE

Pour les cadres13-14

Pour les non cadres22-23

LA SANTÉ

Pour les cadres15-21

Pour les non cadres24-33

LES DÉPLACEMENTS ET TEMPS

DE TRAVAIL34-35

LE LOGEMENT34

L'ACTION SOCIALE37

#LES CONGÉS

CONGÉS PAYÉS ANNUELS

1. Durée des congés

La durée des congés est déterminée à raison de deux jours et demi ouvrables par mois de travail effectif, sans que la durée totale des congés puisse excéder 30 jours ouvrables.

Lorsque le nombre de jours de congés, calculé conformément à ce qui précède, n'est pas un nombre entier, la durée des congés est portée au nombre entier immédiatement supérieur.

Pour la détermination des congés annuels, sont assimilés à des périodes de travail effectif :

- les périodes de congés payés de l'année précédente ;
- les périodes de repos des femmes en congé de maternité ou d'adoption ;
- les périodes, limitées à une durée ininterrompue de un an, pendant lesquelles l'exécution du contrat de travail a été suspendue pour cause de maladie professionnelle ou d'accident du travail ;
- les périodes de congé de formation continue, de formation cadre et animateur pour la jeunesse ou d'éducation ouvrière ;
- les temps nécessaires à l'accomplissement des mandats syndicaux et professionnels ;
- les périodes de rappel et de maintien sous les drapeaux, à l'exclusion des périodes militaires volontaires ;

- les périodes de repos compensateur ;
- les jours de congés pour événements familiaux ;
- la durée des absences des salariés candidats ou élus à un mandat parlementaire ou local ;
- la journée nationale d'appel militaire ;
- les périodes d'activité de la réserve opérationnelle ;
- les périodes d'activité dans la réserve de la sécurité civile.

2. Période des congés

La période des congés, qui comprend obligatoirement la période du 1^{er} mai au 31 octobre de chaque année, est fixée par l'employeur après consultation des délégués du personnel, s'ils existent. Cette période de congés est portée à la connaissance du personnel au moins deux mois avant son ouverture.

3. Ordre et date des départs en congés

À l'intérieur de la période de congés, l'ordre et la date des départs sont fixés par l'employeur après avis, le cas échéant, des délégués du personnel. Ils sont communiqués au personnel en tenant compte des besoins de l'entreprise et des intérêts du personnel, plus particulièrement ceux ayant trait aux congés scolaires des enfants et aux congés payés du conjoint ou de l'ex-conjoint ayant un enfant scolarisé en commun avec le salarié.



4. Congé principal et fractionnement des congés

Le salarié peut bénéficier d'un congé payé minimum de 18 jours ouvrables entre le 1^{er} mai et le 31 octobre, dont au moins 12 jours ouvrables continus. La durée des congés payés pouvant être pris en une seule fois ne peut excéder 24 jours ouvrables. Par exception, il peut être dérogé individuellement au principe fixé ci-dessus pour les salariés qui justifient de contraintes géographiques particulières. Ainsi, ces derniers peuvent, après accord exprès de leur employeur, prendre de manière continue leurs cinq semaines de congés payés.

Lorsque le nombre de jours de congés pris en dehors de la période du 1^{er} mai au 31 octobre de chaque année est supérieur à cinq, il est attribué deux jours de congés supplémentaires.

Lorsque le nombre de jours de congés, pris en dehors de la période précitée, est compris entre trois et cinq, il est attribué

un jour de congé supplémentaire.

Les jours de congé principal dus en sus de 24 jours ouvrables ne sont pas pris en compte pour l'ouverture du droit à ce supplément.

5. Montant de l'indemnité de congés

L'indemnité de congés payés est égale au montant de la rémunération qui aurait été perçue pendant la période de congés si le salarié avait continué à travailler.

Elle ne saurait, en tout état de cause, être inférieure à 1/10^e de la rémunération totale perçue par le salarié au cours de la période de référence.

Congés supplémentaires des mères de famille de moins de 21 ans

Article 30 : Jours de congés supplémentaires accordés aux femmes

Les femmes salariées âgées de moins de 21 ans au 30 avril de l'année précédente



bénéficient de deux jours de congés supplémentaires par enfant à charge âgé de moins de 15 ans au 30 avril de l'année en cours.

Le congé supplémentaire est réduit à un jour si le congé légal n'excède pas six jours.

CONGÉS EXCEPTIONNELS

Quels sont les événements ouvrant droit à congé ?

Le salarié a droit, sur justification, à un congé :

1. Pour son mariage ou pour la conclusion d'un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
2. Pour le mariage d'un enfant ;
3. Pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée

d'un enfant placé en vue de son adoption. Ces jours d'absence ne se cumulent pas avec les congés accordés pour ce même enfant dans le cadre du congé de maternité ;

4. Pour le décès d'un enfant ;
5. Pour le décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;
6. Pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant.

Les dispositions mentionnées ci-dessus sont d'ordre public, de sorte qu'aucun accord collectif ou Convention collective ne peut avoir pour effet, ni de priver le salarié du droit à s'absenter lorsque survient l'un de ces événements,

ni de restreindre l'exercice de ce droit. Ainsi, la loi ne prévoyant aucune condition d'ancienneté pour bénéficier de ces congés, aucun accord collectif ou aucune Convention collective ne peut valablement imposer une telle condition.

Quelle est la durée du congé ?

La loi fixe une durée minimale (cf. ci-dessous). Une durée plus élevée peut être fixée pour chacun des congés légaux pour événements familiaux par la convention ou l'accord collectif d'entreprise ou, à défaut, la convention ou l'accord de branche.

La durée minimale fixée par la loi est la suivante :

1. Quatre jours pour le mariage du salarié ou pour la conclusion d'un Pacs ;

2. Un jour pour le mariage d'un enfant ;
3. Trois jours pour chaque naissance survenue au foyer du salarié ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ;
4. Cinq jours pour le décès d'un enfant ;
5. rois jours pour le décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;
6. Deux jours pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant.

À défaut de convention ou d'accord applicable dans son entreprise, le salarié a droit aux congés pour les événements familiaux et pour les durées mentionnés ci-dessus.

À NOTER

TRAVAIL DE NUIT EXCEPTIONNEL

Le recours au travail de nuit, qui correspond à une période de travail comprise entre 21 heures et 6 heures, est exceptionnel. Est ainsi considéré comme travail de nuit exceptionnel toute activité accomplie :

- moins de deux fois par semaine 3 heures de temps de travail quotidien durant la période de 21 heures à 6 heures ;
- moins de 270 heures sur une période quelconque de 12 mois consécutifs durant la période de 21 heures à 6 heures. Les heures de travail effectuées exceptionnellement de nuit sont rémunérées avec une majoration de 50 % appliquée à la rémunération horaire de base.

ADHÉREZ À FORCE OUVRIÈRE !

En devenant adhérent, profitez du soutien
d'une équipe dynamique et solidaire
à vos côtés pour vous informer sur vos droits,
vous défendre en cas de litige
et vous former pour mieux évoluer dans votre métier.
Adhérer à FO, c'est maîtriser son destin professionnel.



DEMANDE D'ADHÉSION

Nom :

Nom et adresse de l'entreprise :

Prénom :

.....

.....

.....

.....

.....

Son activité :

.....

Fait à :

.....

Le :

Profession :

Signature :



#LES CONTRATS DE TRAVAIL

PÉRIODE D'ESSAI

1. Contrats à durée déterminée

En cas de contrat à durée déterminée (CDD), la période d'essai est calculée conformément aux dispositions de l'article L. 1242-10 du Code du travail.

Lorsqu'il est mis fin par l'employeur au contrat au cours ou au terme de la période d'essai, le salarié est prévenu par lettre recommandée avec avis de réception, ou lettre remise en main propre contre décharge, dans un délai qui ne peut être inférieur à :

- 24 heures en deçà de huit jours de présence ;
- 48 heures entre huit jours et un mois de présence.

La période d'essai ne peut être prolongée du fait de la durée du délai de prévenance. À défaut, l'employeur sera redevable d'une indemnité compensatrice correspondant au préavis non effectué.

2. Contrats à durée indéterminée

En cas de contrat à durée indéterminée (CDI), l'engagement définitif est subordonné à une période d'essai fixée comme suit :

- salariés relevant des positions O 1 à O 3 : un mois ;
- salariés relevant de la position O 4 à O 6 : deux mois ;
- salariés relevant des positions E 1 ou E 2 : un mois ;
- salariés relevant des positions E 3 ou E 4 : deux mois.

Après accord entre les parties, la période d'essai peut être renouvelée

une fois pour la même durée. Dans ce cas, l'accord de renouvellement est stipulé par écrit et est signé par les deux parties, au moins quatre jours ouvrables avant l'expiration de la période d'essai initiale.

Lorsqu'il est mis fin par l'employeur au contrat en cours ou au terme de la période d'essai, le salarié est prévenu par lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre dans un délai qui ne peut être inférieur à :

- 24 heures en deçà de huit jours de présence ;
- 48 heures entre huit jours et un mois de présence ;
- deux semaines après un mois de présence ;
- un mois après trois mois de présence.

La période d'essai, renouvellement inclus, ne peut être prolongée du fait de la durée du délai de prévenance. À défaut, l'employeur sera redevable d'une indemnité compensatrice correspondant au préavis non effectué. Lorsqu'il est mis fin à la période d'essai par le salarié, celui-ci doit en informer son employeur par lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre contre décharge, en respectant un délai de prévenance de 48 heures ramené à 24 heures en deçà de huit jours de présence.

LE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE

Un CDD peut être conclu pour remplacer un salarié qui se trouve dans un des cas suivants :

- Salarié absent temporairement ou dont le contrat est suspendu (maladie, maternité, congés payés, congé parental, etc.),
- Salarié passé provisoirement à temps partiel (congé parental, congé pour créer ou reprendre une entreprise, etc.),
- Salarié ayant quitté définitivement l'entreprise et dans l'attente de la suppression de son poste.

Il est interdit de conclure un CDD dans les cas suivants :

- Pour pourvoir un poste lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise (ayant vocation à être assuré en CDI),
- Pour remplacer un ou plusieurs salariés en grève,
- Pour effectuer des travaux particulièrement dangereux et faisant

l'objet d'une surveillance médicale spéciale (en cas d'exposition à l'amiante, par exemple), sauf dérogation exceptionnelle.

Si le CDD est conclu pour un motif non prévu par la loi, il peut être requalifié en CDI par un juge.

Accroissement temporaire d'activité :

Le recours au CDD est possible en cas d'accroissement temporaire de l'activité de l'entreprise. Il peut s'agir d'un accroissement ponctuel ou récurrent.

LE CONTRAT À DURÉE INDÉTERMINÉE

Le CDI à temps plein ne fait pas obligatoirement l'objet d'un contrat écrit.

Le CDI à temps partiel doit en revanche être écrit. Le plus souvent, et quel que soit le temps de travail prévu, un contrat de travail écrit est signé et répond alors à certaines exigences légales.

Le contenu d'un CDI est libre (sauf mentions conventionnelles obligatoires).



En pratique, il est d'usage de préciser un certain nombre d'éléments, notamment :

- L'identité et l'adresse des parties,
- La fonction et la qualification professionnelle,
- Le lieu de travail,
- La durée du travail,
- La rémunération (salaire et primes),
- Les congés payés,
- La durée de la période d'essai,
- Les délais de préavis en cas de rupture du contrat,
- Et éventuellement la clause de non-concurrence ou de mobilité.

LES CONTRATS SAISONNIERS :

En application du 30 de l'article L. 1242-2 du Code du travail, la présente convention considère comme saisonniers :

- les plantations du printemps et de

- l'automne ;
- les semis ;
- la tonte du gazon ;
- la taille de haies ;
- le ramassage de feuilles.

Parmi les activités relevant du paysagisme d'intérieur, la présente convention considère comme saisonnières :

- les prestations réalisées dans le cadre des décors de Noël (montage, démontage...) ;
- les prestations réalisées dans le cadre des salons, foires et expositions d'automne et d'hiver.

Un salarié recruté dans le cadre d'un contrat saisonnier doit se voir affecté pour au moins 2/3 de son temps de travail à la ou les tâches saisonnières pour la ou lesquelles il a été recruté.

À NOTER

PRIME DE TRAVAUX INSALUBRES

Les travaux insalubres :

- taille du lierre, de la vigne vierge ou de plantes grimpantes exclusivement en zone urbaine,
- nettoyage des gouttières,
- curage des égouts,
- sortie et évacuation des détritres en état de putréfaction,
- émulsionnage,

donnent lieu, par heure de travail ainsi exécutée, à une prime au moins égale à 10 % du montant de la rémunération horaire de base du salarié concerné.

La liste des travaux visés ci-dessus n'est pas limitative. Elle peut être complétée par accord collectif après consultation du CSSCT ou, à défaut, des délégués du personnel. À défaut d'accord collectif, cette liste peut être complétée par l'employeur après consultation du personnel.

#LA CARTE CAMPAGNE



Dispositif carte Campagne :

La carte Campagne est un dispositif qui fêtera prochainement ses 6 ans mais qui n'est pas très connu... Un petit rappel...

La signature de l'accord du 4 décembre 2012 a instauré un dispositif d'aide, similaire à celui d'un Comité d'entreprise, nommé "carte Campagne" et géré par l'Association Sociale Culturelle Paritaire Agricole (ASCPA).

FO a bien sûr été signataire de cet accord innovant.

Qu'est-ce que la carte Campagne ?

Tout salarié de la production agricole, ayant au minimum 6 mois d'ancienneté, bénéficie de cette carte ainsi que les entreprises ou exploitations agricoles dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et qui n'ont pas de comité d'entreprise.

La carte Campagne propose un large panel d'activités : parcs d'attractions, concerts, spectacles, sorties ou shopping occasionnel, voyages en France ou à l'étranger, à la montagne ou à la mer, en camping ou en hôtel. En plus des offres proposées par les enseignes nationales, s'ajoute tout un réseau de commerces locaux. Plus de 6 000 enseignes étaient partenaires en 2016, soit une augmentation de 40 % par rapport aux dernières années.

La carte Campagne est valable un an et

est adressée gratuitement au début de chaque année aux salariés agricoles.

Grâce au code inscrit sur la carte et en se créant un mot de passe, les utilisateurs ont la possibilité de personnaliser leur page d'accueil selon leur lieu d'habitation et leurs centres d'intérêt. Le site internet **www.carte-campagne.fr** est disponible sur ordinateur, tablette ou mobile.

Un service de géolocalisation des enseignes a été mis en place afin de faciliter les recherches de chaque détenteur de carte, qui peut ainsi évaluer la proximité des offres proposées. Les présentations détaillées des enseignes partenaires sont disponibles sur le site, ainsi que les modalités d'accès aux offres. Le paiement s'effectue en ligne via le site du partenaire concerné, soit directement au magasin sur présentation de la carte.

Au total, plus de 400 000 personnes sont concernées par ce dispositif de promotion de la culture et des loisirs. Le dispositif est financé par une cotisation (0,04 % de la masse salariale) à la charge des employeurs des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord.

Sont concernés par le dispositif :

- Les entreprises et exploitations agricoles ou forestières ;
- Les entreprises du paysage ;
- Les entrepreneurs du territoire ;
- Les CUMA ;
- Les rousseurs et tailleurs de lin.

LES PRESTATIONS PRÉVOYANCE POUR LES CADRES



GARANTIE D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

SOCLE OBLIGATOIRE CONVENTIONNEL	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnelle, ou un accident du travail ou une maternité 	Indemnité journalière complémentaire d'un montant égal à : <ul style="list-style-type: none"> 25 % du salaire brut Tranche A 70 % du salaire brut au-delà (Tranche B/C) 	1er jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la limite de 1095 jours maximum
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident de la vie privée* 		21 ^e jour d'arrêt de travail.	

OPTION FACULTATIVE MAINTIEN DE SALAIRE*	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie professionnelle, ou un accident du travail ou une maternité 	Indemnité journalière d'un montant égal à : <ul style="list-style-type: none"> 90 % du salaire brut pendant la première période puis 66,66 % du salaire brut pendant la seconde période 	1er jour d'arrêt de travail.	Selon l'ancienneté du salarié dans l'entreprise
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident de la vie privée 		Pour les cadres 1 ^{er} jour d'arrêt de travail Pour les TAM 8 ^{ème} jour d'arrêt de travail	

(*) Le participant ouvre droit à la « garantie maintien de salaire » dès lors qu'il appartient au groupe assuré et justifie de l'ancienneté requise, à savoir :

- 1 année dans l'entreprise pour le collège des TAM (Option 1) ;
- 6 mois dans l'entreprise pour le collège des Cadres (Option 2).

Pour connaître le détail de l'articulation entre le socle obligatoire conventionnel et l'option facultative, se référer aux Conditions générales.

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

Événement	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente non professionnelle de Catégorie 1 	Pension d'invalidité complémentaire d'un montant égal à : <ul style="list-style-type: none"> 21 % du salaire brut Tranche A 51 % du salaire brut au-delà (Tranche B/C) 	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de Catégorie 1	Tant que le régime de base intervient, et ce, jusqu'au décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail)
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente non professionnelle de Catégorie 2 ou 3 	Pension d'invalidité complémentaire d'un montant égal à : <ul style="list-style-type: none"> 35 % du salaire brut Tranche A 85 % du salaire brut au-delà (Tranche B/C) 	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de Catégorie 2 ou 3	
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure ou égale à 66,66 % 		Date de notification par la MSA d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité supérieure ou égale à 66,66 %	



LES PRESTATIONS PRÉVOYANCE POUR LES CADRES

GARANTIE DÉCÈS

ÉVÉNEMENT	Prestation versée		À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès du salarié 	Capital décès	Capital de base égal à 110 % du SAB	Dès réception de toutes les pièces justificatives et le cas échéant, si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié	Au versement du capital décès
		Majoration de 50 % du capital décès (capital de base + majorations familiales éventuelles) en cas de décès accidentel		
		Majoration enfant à charge de 50 % du SAB		
	Rente éducation	Montant annuel 5000 points ⁽¹⁾ par enfant		Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions
	Rente conjoint	<ul style="list-style-type: none"> Viagère : 10 % SAB, majoration de 10 % par enfant à charge Temporaire : 5 % du SAB, majoration de 10 % par enfant à charge 	Au décès du participant en l'existence d'un conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin	Au 1 ^{er} jour du trimestre civil qui suit la date de décès du bénéficiaire. Date à laquelle le bénéficiaire atteint l'âge normal pour prétendre au paiement de l'allocation de réversion
		Rente orphelin égale à 10 % du SAB	En cas de décès du participant, pour les orphelins de père et de mère	Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions
		Capital décès de substitution attribué au(x) personne(s) physique(s), désignée(s) par le participant : 50 % du SAB	En cas de décès du participant n'ouvrant pas droit aux prestations de rente de conjoint	Au versement du capital dû
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié 	Versement anticipé du capital de base (en une seule fois) + majorations éventuelles en cas d'accident (hors majoration pour enfant à charge)		En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives)	
<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès : <ul style="list-style-type: none"> du salarié ; du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS ; du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté) ; d'un enfant à charge. 	Indemnité frais d'obsèques égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès		Dès réception de toutes les pièces justificatives	Au versement du capital dû

(1) Valeur du point fixée annuellement par le conseil d'administration de la CPCEA.

LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES



TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020

Nature des frais	Remboursements du régime de base	Remboursement complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation)			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux⁽²⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Analyses, et examens de laboratoire :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	de 60 % à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	de 60 % à 100 % BR	140 % BR à 100 % BR	200 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie⁽³⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Actes de prévention⁽⁴⁾	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la santé : chiropractie, ostéopathie	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Forfait actes lourds⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire⁽⁷⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
• Frais d'accompagnement(enfant moins de 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/jour	40 €/jour
MATERNITÉ *Plafond de 1000€ / Maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*	-	100 % FR	100 % FR
• Prime de naissance⁽⁸⁾ : maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁹⁾			
• Équipements 100 % santé (Classe A)⁽¹⁰⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
• Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €



LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES

OPTIQUE			
Verres :			
- Verre unifocal simple ⁽¹⁾	60 % BR	160 €/ verre - RO	160 €/ verre
- Verre unifocal complexe ⁽²⁾	60 % BR	220 €/ verre - RO	220 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽³⁾	60 % BR	300 €/ verre - RO	300 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽⁴⁾	60 % BR	350 €/ verre - RO	350 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽⁵⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁶⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	390 % BR + 340 €/an/ bénéficiaire	450 % BR + 340 €/an/ Bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 €/an/bénéficiaire	290 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 €/œil/an/bénéficiaire	500 €/œil/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁷⁾⁽¹²⁾	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽¹³⁾	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹³⁾	70 % BR	410 % BR	480 % BR
- prothèses à honoraires libres	70 % BR	410 % BR	480 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/ bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	300 % BR	370 % ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 ⁽¹⁵⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et Accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽¹⁶⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/ bénéficiaire
DIVERS			
• Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	135 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche réseau optique	Carte Blanche réseau optique

BR : base de remboursement; RO : remboursement obligatoire; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants + honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

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

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

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

(7) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire

(8) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

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

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

(11) Verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

- verre neutre

Verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≤ 0,25 dioptrie

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

Verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries cylindre ≤ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

Verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8

0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylind

≤ 0,25 dioptrie

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(12) La mise en place du 100 % Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2022. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100 % Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge à titre des prothèses hors 100 % Santé au cours de l'année 2020.

(13) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses : soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils n'ont pas d'effet.

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

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

LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES



EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100 % santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	454,70 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	440,75 €	22,70 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	1 266,00 €	0 €
SOINS COURANTS ⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €

1 - Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

2 - Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

3 - Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € /verre) et une monture (30 €).

4 - Prix moyen national pour les verres unifocaux sphérocyliindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € /verre) et une monture (145 €).

5 - Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.



LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES

PRESTATIONS D'ASSISTANCE (PAR BÉNÉFICE ET PAR AN

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99. Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.

LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES (ALSACE-MOSELLE)



TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020

Nature des frais	Remboursements du régime de base	Remboursement complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation)			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	110 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % BR	110 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux⁽²⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Analyses, et examens de laboratoire :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90 % à 100 % BR	110 % BR à 100 % BR	200 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie⁽³⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Actes de prévention⁽⁴⁾	35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la santé : chiropractie, ostéopathie	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « modéré »	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90 % ou 100 % BR	210 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Forfait actes lourds⁽⁵⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire⁽⁷⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
• Frais d'accompagnement(enfant moins de 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/jour	40 €/jour
MATERNITÉ *Plafond de 1000€ / Maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*	-	100 % FR	100 % FR
• Prime de naissance⁽⁸⁾ : maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 ^{ème})
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Forfait journalier hospitalier⁽⁶⁾	100 % FR	-	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁹⁾			
• Équipements 100 % santé (Classe A)⁽¹⁰⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 € - RO	100 €



LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES (ALSACE-MOSELLE)

OPTIQUE			
Verres :			
- Verre unifocal simple ⁽¹¹⁾	90 % BR	160 €/verre - RO	160 €/verre
- Verre unifocal complexe ⁽¹¹⁾	90 % BR	220 €/verre - RO	220 €/verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹¹⁾	90 % BR	300 €/verre - RO	300 €/verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹¹⁾	90 % BR	350 €/verre - RO	350 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽¹⁰⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽¹⁰⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	390 % BR + 340 €/an/ bénéficiaire	480 % BR + 340 €/an/ Bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 €/an/bénéficiaire	290 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 €/œil/an/bénéficiaire	500 €/œil/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽¹³⁾	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹³⁾	90 % BR	410 % BR	500 % BR
- prothèses à honoraires libres	90 % BR	410 % BR	500 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	300 % BR	390 % ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanta-portée), Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 ⁽¹³⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et Accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽¹³⁾	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % BR ou 90 %	BR 35 % BR ou 10 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/ bénéficiaire
DIVERS			
• Transports remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche - réseau optique	Carte Blanche - réseau optique

BR : base de remboursement; RO : remboursement obligatoire; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(4) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf. liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : dépistage annuel effectué en 2 années maximum; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans; scellement des sillons avant 14 ans; dépistage Hépatite B; bilan du langage avant 16 ans; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

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

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

(7) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire

(8) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

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

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

(11) verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(12) La mise en place du 100 % Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intègrent le panier 100 % Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100 % Santé au cours de l'année 2020.

(13) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(14) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 700 € d'appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

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

LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LES CADRES (ALSACE-MOSELLE)



EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	271,70 €	159,30 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100 % santé) ²	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ³	345,00 €	0,15 €	0,13 €	299,87 €	45,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	26,03 €	2,89 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé)	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	430,70 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	440,75 €	1,20 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	1 161,00 €	0 €
SOINS COURANTS ⁴					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	19,70 €	25,30 €	11,00 €

1 - Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

2 - Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € / verre) et une monture (30 €).

3 - Prix moyen national pour les verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € / verre) et une monture (145 €).

4 - Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.



LES PRESTATIONS PRÉVOYANCE POUR LE PERSONNEL NON CADRES

GARANTIE D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none">En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle	Sans conditions ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I. J. MSA) : <ul style="list-style-type: none">100 % du salaire net pendant 90 jours ;puis 80 % du salaire net.	1 ^{er} jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la limite de 1 095 jours maximum.
<ul style="list-style-type: none">En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée	Sous réserve de 12 mois d'ancienneté, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I. J. MSA) : <ul style="list-style-type: none">100 % du salaire net pendant 90 jours ;puis 80 % du salaire net.	8 ^e jour d'arrêt de travail.	

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none">En cas d'incapacité permanente non professionnelle de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1)	Ancienneté de 12 mois, continue ou non, dans l'entreprise. Pas de condition d'ancienneté si l'état d'invalidité fait suite à une incapacité temporaire de travail indemnisée.	Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (pension du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1).	Tant que le régime de base intervient, et ce jusqu'au décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail).
<ul style="list-style-type: none">En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %		Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (rente du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.	

LES PRESTATIONS PRÉVOYANCE POUR LE PERSONNEL NON CADRES



GARANTIE DÉCÈS

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
• En cas de décès du salarié	Aucune ancienneté.	Capital de base égal à 120 % du salaire annuel brut.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.
		Majoration enfant à charge de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge.	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.	Rente éducation annuelle : <ul style="list-style-type: none"> • 3 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pour un enfant de 0 à 10 ans ; • 4,5 % du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans ; • 6 % du PASS pour un enfant de 18 ans à 26 ans (si poursuite d'études). 	Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives), et en fonction de l'âge de l'enfant.	Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions.
• En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié	Aucune ancienneté.	Versement anticipé du capital de base (en une seule fois).	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
En cas de décès : <ul style="list-style-type: none"> • du salarié ; • du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS ; • du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté) ; • d'un enfant à charge. 	Que le salarié ou ses ayants droit aient réglé eux-mêmes les frais d'obsèques, et aient déposé la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.	Indemnité frais d'obsèques égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.



LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LE PERSONNEL NON CADRES

TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Médicaments	15 % à 65 % BR	85 % BR à 35 %	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - 60 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
• Actes de prévention⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 65 % BR à 30 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Verres	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - 60 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	60 % BR	90 €/verre - 60 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	130 €/verre - 60 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	135 €/verre - 60 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	150 €/verre - 60 % BR	150 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁶⁾	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR +135 €/an	100 % BR +135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé^{(4) (6)}	70 % BR	Frais réels - 70 % BR	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé)⁽⁷⁾	70 % BR	200 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁷⁾	70 % BR	250 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁷⁾	70 % BR	180 % BR	250 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR	300 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire

LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LE PERSONNEL NON CADRES



AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) ^{(4) (8)}	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁸⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁸⁾ à partir de 21 ans	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient ⁽⁹⁾	-	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁰⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % Santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 diop et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 diop et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 diop
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

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

(7) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses - soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, le remboursement cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur, dès lors qu'ils ont pris effet.

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

(9) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire [24 € en 2019]. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(10) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.



LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LE PERSONNEL NON CADRES

EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100 % santé) ³	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,09 €	27991 €	65,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	300,00 €	154,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	268,75 €	194,70 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé)	1 100,00 €	350,00 €	210,00 €	890,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	210,00 €	1 266,00 €	0 €
SOINS COURANTS ⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	2990 €	11,00 €

1 - Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

2 - Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

3 - Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € /verre) et une monture (30 €).

4 - Prix moyen national pour les verres unifocaux sphérocyllindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € /verre) et une monture (145 €).

5 - Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

LES PRESTATIONS SANTÉ POUR LE PERSONNEL NON CADRES



PRESTATIONS D'ASSISTANCE (PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR AN)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99. Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.

PROFESSIONNELS
DES MÉTIERS DE
SERVICES,
VOUS PASSEZ TOUT
VOTRE TEMPS
À PRENDRE SOIN
DES AUTRES.



ET VOUS ?
QUI PREND SOIN
DE VOUS ?

Complémentaire Santé – Prévoyance – Retraite

C'est parce que nous connaissons si bien les métiers de la santé, du conseil, de la restauration, de l'hôtellerie, du transport, et des commerces de proximité que nous sommes en mesure de vous apporter les solutions les plus adaptées à vos besoins. KLESIA, au service des entreprises de service depuis plus de 65 ans.

KLESIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES



PASS Solidarité TPE

Pass que nous le valons bien !



Face aux incertitudes qui pèsent sur l'avenir et les emplois de nombreuses TPE (Très Petites Entreprises de moins de 11 salariés) en raison de la crise sanitaire, le **syndicat FO** a souhaité manifester son soutien aux travailleurs salariés et non-salariés des TPE, aux emplois précaires et aux emplois de la famille.

Le **PASS Solidarité TPE**, c'est un accès **100 % gratuit*** à une plateforme Avantages, réservée normalement aux adhérents, et qui vous permet, ainsi qu'à votre famille, de bénéficier de réductions sur des produits de la vie courante mais aussi d'offres exceptionnelles sur les loisirs, les activités sportives, les assurances, le shopping. Sans oublier un service en ligne de formation à l'orthographe pour petits et grands et, dès le mois de juillet, un service de géolocalisation d'offres d'emploi.

**PASS que pour FO,
les paroles c'est bien, les actes c'est mieux.**

**Jusqu'au 31 mars 2021*



www.tpe.fgtafo.fr

La FGTA-FO, en partenariat avec
les Fédérations de la Métallurgie,
de la Pharmacie, cuir et habillement,
et Employés et Cadres.





LES PRESTATIONS SANTÉ PERSONNEL NON CADRES (ALSACE-MOSELLE)

TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiographie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Médicaments	15 % à 90 % BR	85 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - 90 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90 % BR à 100 % BR	210 % BR	300 % BR à 310 % BR
• Actes de prévention⁽²⁾	35 % à 90 % BR	de 65 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Verres	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 € - 90 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	90 % BR	90 €/verre - 90 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	90 % BR	130 €/verre - 90 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	90 % BR	135 €/verre - 90 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	90 % BR	150 €/verre - 90 % BR	150 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁶⁾	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	80 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁷⁾	90 % BR	180 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁷⁾	90 % BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁷⁾	90 % BR	160 % BR	250 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	90 % BR ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire

LES PRESTATIONS SANTÉ PERSONNEL NON CADRES (ALSACE-MOSELLE)



AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) ^(a) (B)	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ^(a) jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ^(a) à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire toutes les 4 ans
• Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient⁽⁹⁾	100 % FR	-	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption⁽¹⁰⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) Verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

Verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries
- (6) La mise en place du 100 % Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100 % Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100 % Santé au cours de l'année 2020.
- (7) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

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

(9) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(10) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.



LES PRESTATIONS SANTÉ PERSONNEL NON CADRES (ALSACE-MOSELLE)

EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte ²	431,00 €	271,70 €	271,70 €	159,30 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres de verres unifocaux les plus fréquents (équipement 100 % santé) ³	125,00 €	37,50 €	33,75 €	91,25 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux les plus fréquents ⁴	345,00 €	0,15 €	0,14 €	279,87 €	65,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	28,92 €	26,03 €	2,89 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé)	500,00 €	120,00 €	108,00 €	392,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires (prothèse à honoraires maîtrisés)	538,70 €	120,00 €	108,00 €	276,00 €	154,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaire (prothèse à honoraires libres)	538,70 €	107,50 €	96,75 €	247,25 €	194,70 €
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé)	1 100,00 €	350,00 €	315,00 €	785,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	350,00 €	315,00 €	1 161,00 €	0 €
SOINS COURANTS ⁵					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	26,00 €	17,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	19,70 €	25,30 €	11,00 €

1 - Les calculs réalisés sont effectués au regard des BR, des prix limite de vente et des prix moyens connus à ce jour.

2 - Le remboursement de la complémentaire santé inclut la prise en charge du forfait actes lourds (24 €).

3 - Prix limite de vente pour les verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes (47,50 € /verre) et une monture (30 €).

4 - Prix moyen national pour les verres unifocaux sphérocyllindriques les plus fréquents pour des adultes (100 € /verre) et une monture (145 €).

5 - Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

LES PRESTATIONS SANTÉ PERSONNEL NON CADRES (ALSACE-MOSELLE)



EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99. Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.

Agrica Prévoyance représente **AGRI PRÉVOYANCE** – Institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 – SIRET : 423 959 295 00035 – Membre du GIE AGRICA GESTION RCS Paris n°493 373 682 – Siège social : 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris – Tél. : 01 71 21 00 00 – www.groupagricaparc.com

#LES DÉPLACEMENTS ET TEMPS DE TRAVAIL

Le Code rural, en son article L 713-5, définit le temps de travail effectif comme « le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives, sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles ».

La définition de ce temps est majeure pour le traitement du temps de travail des salariés dans la mesure où le temps de travail effectif est notamment celui qui est pris en compte pour le décompte des durées maximales de travail et des heures supplémentaires.

Le temps de trajet d'un salarié (ou temps de déplacement professionnel) est, quant à lui, par définition, le temps pendant lequel le salarié se déplace entre son domicile et son lieu de travail habituel ou l'inverse.

Il est également précisément défini par l'article L 713-5 du Code rural comme suit :

« Le temps de déplacement professionnel pour se rendre sur le lieu d'exécution du contrat de travail n'est pas un temps de travail effectif. Toutefois, s'il dépasse le temps normal de trajet entre le domicile et le lieu habituel de travail, il doit faire l'objet d'une contrepartie soit sous forme de repos, soit financière déterminée par convention ou accord collectif ou, à défaut, par décision unilatérale de l'employeur prise après consultation du comité d'entreprise ou des délégués du personnel, s'ils existent. La part de ce temps de déplacement professionnel

coïncidant avec l'horaire de travail ne doit pas entraîner de perte de salaire. »

La problématique liée à ces temps de trajet est ainsi entière dans la branche du paysage pour les salariés itinérants pour lesquels le lieu d'exécution du travail est le chantier.

La Convention collective des entreprises du paysage prévoit ainsi des dispositions particulières en matière de déplacement en conformité avec ces dispositions légales.

Deux cas de figure ont été prévu dans l'accord :

Premier cas de figure :

Les conditions d'organisation du travail au sein de l'entreprise répondent à la définition du temps de travail effectif, le temps de trajet pour se rendre sur le lieu d'exécution du contrat de travail, soit le chantier, doit être considéré comme du temps de travail effectif.

Dès que l'organisation de l'entreprise oblige les salariés à se rendre pour l'embauche et la débauche à l'entreprise ou au dépôt, les temps de trajet sont considérés comme du temps de travail effectif et sont donc rémunérés comme tels.

Lorsque le temps de trajet est considéré comme temps de travail effectif, le salarié perçoit dans ce cas pour ses frais de repas, s'il ne déjeune ni à l'entreprise ni à son domicile, une indemnité de panier d'un montant égal à 2,5 MG en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.



Deuxième cas de figure :

Les conditions d'organisation ne répondent pas à la définition du temps de travail effectif, telle que fixée par les dispositions légales en vigueur, le temps normal de trajet pour se rendre sur le lieu d'exécution du contrat de travail, soit le chantier, n'est pas un temps de travail effectif.

On entend par temps normal de trajet celui qui éloigne de moins de 50 km en rayon du siège de l'agence ou du dépôt.

Dans ce cadre, l'indemnisation est fixée selon les modalités ci-dessous :

a) Le salarié qui se rend par ses propres moyens sur le chantier assigné par son employeur perçoit pour la prise en charge de ses frais de repas, s'il ne déjeune ni à l'entreprise ni à son domicile, une indemnité de panier, d'un montant égal à la valeur de 2,5 MG en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.

b) Le salarié qui se rend sur les chantiers par les moyens mis à sa disposition par l'entreprise au siège ou dans l'un de ses dépôts est indemnisé de ses frais de panier et de déplacement par le biais d'une indemnité pour petit déplacement fixé comme suit (dans la limite du temps de trajet visé ci-dessous) :

Dans un rayon de :

0 à 5 km du siège ou du dépôt jusqu'au chantier minimum 3MG

Plus de 5 km jusqu'à 20 km minimum 4,5 MG

Plus de 20 km jusqu'à 30 km minimum 5,5 MG

Plus de 30 km jusqu'à 50 km minimum 6,5 MG

#LE LOGEMENT

L'ACCORD SUR LE LOGEMENT SIGNÉ EN AGRICULTURE...

Instituée en 1953 pour les entreprises du secteur privé non agricole, la Participation des Employeurs à l'Effort de Construction (PEEC) a été rendue obligatoire dans le secteur agricole par la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 afin de contribuer à la résolution de la crise du logement dans ce secteur.

Cette participation des employeurs à l'effort de construction ne concerne que les entreprises de plus de 50 salariés en agriculture contre 20 salariés dans les autres secteurs.

Les fonds de la PEEC n'étaient pas mutualisés jusqu'à aujourd'hui, les salariés ne pouvaient donc avoir recours à ce dispositif que dans la limite de la contribution de leurs entreprises, ce qui ne lui a pas permis de fonctionner.

Des réserves très importantes ayant été constituées depuis 2006, les partenaires sociaux ont décidé de se saisir de ce dossier et un accord de mutualisation a été signé. **Cet accord permet aujourd'hui à tous les salariés de la branche agricole de plus de 50 salariés de bénéficier de manière entière à l'ensemble des dispositifs du 1 % logement.**

Vous en trouverez ci-après les principales mesures :

Le dispositif VISALE

Ce dispositif, qui renforce le dossier du candidat locataire, couvre pendant 3 ans le locataire en cas de difficulté du paiement de son loyer, sécurise les revenus locatifs des bailleurs privés durant 3 ans et dispense de toute

autre caution, la personne physique ou morale.

Qui peut en bénéficier ?

Les jeunes de moins de 31 ans en situation d'emploi ou en formation alternée, en contrat de qualification, en stage en entreprise, en recherche d'emploi, les étudiants boursiers ou les étudiants non boursiers indépendants fiscalement.

Le Conseil en financement

Pour aider les salariés qui ont un projet d'accession, il est proposé des prestations de Conseil en financement. Des salariés seront accompagnés dans toutes leurs démarches auprès du partenaire bancaire choisi, ce qui leur permettra d'envisager toutes les possibilités de prêts et de vérifier la faisabilité de l'opération.

Le prêt Agri-accession

Le montant de ce prêt est défini en fonction de la zone géographique du logement dans la limite de 30 % du coût total de l'opération, avec un minimum de 7 000 € et de 50 000 € selon la zone géographique.

Le taux nominal annuel hors assurance est de 1% pour une acquisition :

- dans le neuf et assimilé (acquisition de terrain, transformation en logement de locaux non destinés à l'habitation),
- dans l'ancien avec travaux,
- dans l'ancien sans travaux en tant que premier occupant d'un logement achevé depuis moins de 5 ans.



Il existe la possibilité de racheter la part indivise de l'ex-conjoint suite à un divorce, et le rachat par un propriétaire indivis de sa résidence principale, de l'intégralité des parts des autres indivisaires.

Le prêt agri-travaux

Ce prêt est destiné à financer des travaux d'amélioration dans la résidence principale. Son montant est de :

- 15 000 € maximum, dans la limite de 100 % du coût des travaux ;
- 20 000 € maximum pour les prêts de la performance énergétique.

L'aide Agri-mobilité

Cette subvention peut être accordée à un salarié en mobilité professionnelle. Elle est destinée à couvrir une double charge de logement ou des dépenses connexes au logement à hauteur de 3 200 €.

L'avance AGRI-LOCA-PASS : le financement du dépôt de garantie

"ASTRIA - Action Logement" vous propose de faire **l'avance du dépôt de garantie** demandé par le bailleur, remboursable tous les mois après un différé de trois mois.

Les aides aux salariés en difficulté

Les situations prises en charge doivent toutes comporter une problématique logement et notamment :

- Le maintien dans le logement des locataires et des accédants en difficulté ainsi que la prévention de l'expulsion.
- Les conséquences du surendettement.
- Les situations d'urgence (rupture professionnelle, décès, maladie, sinistre, violences, conflits familiaux, etc.).
- L'accès au logement des ménages fragiles (statuts précaires, ressources faibles, logement inadapté, etc.) et des situations prioritaires (sur-occupation, logement indigne, etc.).
- Et plus généralement, dans tous les cas où le maintien dans le logement est mis en péril ou l'accès au logement est problématique (à condition que le salarié ait manifesté sa volonté d'avoir recours au service et que sa situation ne relève pas d'une volonté délibérée).

#L'ACTION SOCIALE

UN DE VOS ENFANTS EST MALADE

L'action sociale du Groupe AGRICA peut intervenir pour :

- Les frais d'accompagnement hospitalier : frais d'hébergement, frais de transport, frais de lit supplémentaire, etc. (si votre complémentaire santé ne les prend pas en charge).
- Les frais de cure thermale d'un enfant : coût d'hébergement, frais de transport du parent accompagnant (si votre complémentaire santé ne les prend pas en charge).
- Les frais d'intervention d'un psychologue ou psychomotricien : pour le traitement et le suivi d'un psychologue ou d'un psychomotricien (auprès d'un enfant rencontrant des difficultés psychologiques ou d'adaptation scolaire).
- Les frais d'intervention d'une travailleuse familiale venant alléger la charge de la famille, à la suite d'un problème de santé d'un enfant.

BESOIN D'UNE AIDE À DOMICILE

Vous pouvez bénéficier d'une aide pour prendre en charge une partie des frais d'intervention d'une travailleuse familiale à la suite d'un problème de santé vous concernant ou concernant votre conjoint : accouchement difficile nécessitant une aide post-hospitalière, naissances multiples, maladie, hospitalisation ou retour d'hospitalisation de l'un des parents, etc.

ARRÊT MALADIE

L'action sociale peut intervenir sous la forme d'une aide ponctuelle exceptionnelle si vous vous trouvez dans une situation financière très difficile liée à la maladie ou l'invalidité.

De plus, si vous êtes en incapacité temporaire suite à un arrêt de travail de 3 à 6 mois, le Groupe AGRICA vous propose, en partenariat avec l'association Rehalto, un accompagnement individualisé assuré par un psychologue clinicien pour vous aider à vous réadapter professionnellement.

DÉPENSES DE SANTÉ IMPORTANTE

L'action sociale AGRICA peut intervenir en cas de dépenses de santé importantes qui ne sont pas prises en charge ou insuffisamment remboursées : frais d'appareils auditifs, frais d'hospitalisation, frais d'optique, frais dentaires, traitements orthodontiques, dépistages, bilans de santé ponctuels, examens psychopédagogiques...

PARTIR EN VACANCES

Vous pouvez bénéficier de structures de qualité à des tarifs préférentiels :

- à la résidence de Vallongues à Bandal (propriété du Groupe),
- auprès de nombreuses structures grâce à des partenariats : BTP vacances, Vacances Bleues, AVMA Vacances, Cadrilèges Vacances.

Les ressortissants des institutions de retraite Agirc-Arrco, dont AGRICA, disposent d'un tarif catalogue spécifique.

**Contactez les activités sociales
au 01 71 21 53 04 ou au 01 71 21 88 35**



AIDES AUX ÉTUDES SECONDAIRES OU SUPÉRIEURES

Les frais liés aux études secondaires et supérieures (frais d'inscription, logement, assurance, électricité, gaz, assurance étudiant, frais pédagogiques) peuvent être pris en charge, déduction faite des aides obtenues par ailleurs (bourses légales, allocation logement...) dans la limite de 50 % des dépenses restant à charge.

AIDE FINANCIÈRE

Parce que certains événements peuvent vous plonger ponctuellement dans une situation difficile (maladie, séparation, divorce...), vous pouvez aussi bénéficier d'une aide financière exceptionnelle.

AIDE D'UN PROCHE DÉPENDANT

Bénéficiez du service AGRICA Conseil Hébergement pour rechercher les solutions les plus adaptées à vos besoins :

adaptation du logement, aide à domicile, transport accompagné, téléassistance, établissements d'accueil pour vous relayer...

HANDICAP ET DÉPENDANCES

L'action sociale facilite votre vie quotidienne : que ce soit pour vous ou un membre de votre famille (à votre charge fiscalement), vous pouvez bénéficier d'une aide financière pour faire face à des frais d'équipement ou d'aménagement de votre domicile. Nous vous facilitons l'accès à des structures d'accueil spécialisées.

PERTE D'UN CONJOINT OU D'UN ENFANT À CHARGE

Un dispositif d'accompagnement complet existe : aides financières (soutien scolaire, frais d'études, complémentaire santé...), accompagnement et soutien psychologique pour vous aider à surmonter cette épreuve.



AGRICA PRÉVOYANCE

La solution pour la protection sociale
des salariés du Paysage

Les partenaires sociaux du Paysage ont choisi AGRICA PRÉVOYANCE comme seul assureur recommandé pour les régimes frais de santé, prévoyance et épargne-retraite des salariés cadres et non cadres.

L'offre **AGRICA PREVOYANCE**, c'est :

- Une couverture **prévoyance** en arrêt de travail, invalidité et décès ainsi qu'une garantie maintien de salaire optionnelle pour les cadres.
- Une prise en charge totale ou partielle de vos **frais de santé** et de ceux de votre famille (consultations, pharmacie, optique, dentaire et hospitalisation).
- Pour les cadres et TAM, une **épargne-retraite** constituée avec l'aide de l'entreprise afin de compléter ses revenus à la retraite.
- Des **services complémentaires** tels que l'**assistance** en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation et un **réseau de soin en optique**.

- ▶ Un **numéro unique** pour toutes vos questions santé et prévoyance :



Contact Paysage

04 68 11 77 30

(appel non surtaxé)

Service ouvert du lundi au vendredi de
8h à 12h et de 13h30 à 17h (16h le vend.)

- ▶ Un **site internet dédié** à l'Accord National du Paysage :

www.masanteprev-paysage.org

- ▶ L'**action sociale** AGRICA à votre service au :

0 800 944 333

**Service & appel
gratuits**

Service ouvert du lundi au vendredi
de 9h à 12h et de 14h à 17h.

AGRICA PRÉVOYANCE représente les Institutions de prévoyance : CPCEA (SIRET 784 411 134 00033), institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale et AGRI PRÉVOYANCE (SIRET 423 959 295 00035), institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime, soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75 436 Paris Cedex 09 - Membres du GIE AGRICA GESTION (RCS Paris n°493 373 682) Siège social 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - www.groupagricam.com.



**AGRICA
PRÉVOYANCE**

Proches par nature, engagés à vos côtés