

**AVENANT N° 2 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011  
INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE  
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU  
GROUPE PSA PEUGEOT CITROËN**

**Préambule**

L'accord du 25 novembre 2011 instituant une garantie complémentaire de remboursement des frais de santé (« régime Vitali ») pour les salariés du Groupe PSA Peugeot Citroën visait à permettre à tous les salariés du Groupe, quel que soit leur statut ou leur établissement, de bénéficier d'une couverture santé de bon niveau, pour la famille, dans des conditions d'optimisation économique. Cette optimisation économique est notamment liée à la mutualisation des risques entre tous les bénéficiaires -ce qui permet une couverture collective- et à la participation de l'employeur au paiement d'une partie de la cotisation Vitali Essentiel.

Ainsi, au 1<sup>er</sup> juillet 2012, la couverture Vitali a été mise en place. Avant la mise en place du régime Vitali, environ 25 % des salariés n'avaient pas de couverture santé complémentaire. La couverture Vitali concerne aujourd'hui 59.380 salariés et couvre 131.088 bénéficiaires. A fin 2013, les constats suivants peuvent être faits concernant la couverture Vitali :

- 99 % des frais réels pour les soins les plus fondamentaux en hospitalisation et maternité ont été couverts.
- Les fréquences sur les soins courants tels que consultations, radiologie, analyses médicales, démontrent que le régime Vitali a permis un réel accès aux soins pour les salariés et leurs enfants.
- Durant cette période de lancement, les actes médicaux réalisés ont été supérieurs de 28 % aux pratiques généralement constatées, ce qui démontre que Vitali a permis aux salariés d'accéder à un bon niveau de soins médicaux quand ce n'était pas toujours le cas précédemment.

Les résultats économiques du Régime Vitali ont été régulièrement partagés avec les organisations syndicales, notamment lors des réunions de l'Observatoire de la Protection Sociale mis en place dans le cadre de l'accord de novembre 2011. L'analyse des résultats se fait à travers le rapport entre les sinistres et les primes, c'est-à-dire entre les remboursements de soins versés aux bénéficiaires et les cotisations perçues. Pour qu'un régime de santé soit à l'équilibre, il convient que ce rapport soit de 100 %. Or, à fin 2013 si 50 millions d'euros de cotisations ont été versés, 61 millions d'euros de remboursements de frais ont été mis en œuvre, soit un déficit de près de 11 millions d'euros.

La projection à fin 2015, si rien n'est modifié par ailleurs, amènerait à une aggravation de ce déficit et à un rapport de sinistres sur primes de 135 %. Un régime de santé collectif qui a vocation à apporter aux salariés et à leur famille une couverture de bon niveau pérenne ne peut pas rester dans cette situation, au risque que les assureurs dégradent les prestations accordées aux bénéficiaires pour revenir à l'équilibre économique, en application de l'article 8.2 de l'accord du 25 novembre 2011.

Les 35 points de dérive entre les sinistres et les prestations à horizon fin 2015 s'expliquent de la manière suivante :

- Ecart entre les hypothèses prises en compte dans le cahier des charges de l'appel d'offre 2011 et la réalité constatée :
  - Cet impact est estimé à 12 points de rapport sinistres sur primes. Il porte notamment sur les hypothèses de répartition des populations « isolé » et « famille », la part de la population « isolé » étant très supérieure.
- Dérive de la consommation médicale constatée entre 2012 et 2013, qui représente 10 points de rapport sinistres sur primes. Il s'agit notamment :
  - De l'inflation médicale, c'est-à-dire de la hausse des coûts de la santé constatée sur la période en France, non compensée par la hausse des cotisations.
  - De certains salariés qui ont retourné tardivement leur dossier d'affiliation à Vitali, et pour lesquels les prestations étaient en attente de paiement ; ainsi, quand ces salariés se sont affiliés en 2013 (près de 2.500 dossiers) cette affiliation a généré des droits à prestations.
  - D'une forte hausse des soins dentaires : + 17 % de progression du poste dentaire entre 2012 et 2013.
- Enfin, la projection du régime Vitali sur 2014-2015 amène à un rapport sinistres sur primes supplémentaires de 13 points. Il s'agit notamment :
  - De l'impact de la gratuité de la portabilité des droits pour les salariés à compter de juin 2014, le coût de cette couverture supplémentaire devant donc être pris en charge par le régime Vitali.
  - De la mise en place du Forfait Médecin Traitant (FMT), issu de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014.
  - De l'inflation médicale prévisionnelle 2014 et 2015.
  - D'un nombre encore significatif de salariés qui n'ont pas retourné leur dossier d'affiliation (environ 2.600 dossiers) qui, en régularisant leur situation, pourraient donner lieu à remboursements.

Les raisons de ce déséquilibre actuel et à venir ont été analysées avec les organisations syndicales signataires dans le cadre des réunions de l'Observatoire de la Protection Sociale (les 11 mars, 25 mars, 1<sup>er</sup> avril, 23 avril et 6 mai 2014) et partagées avec l'ensemble des organisations syndicales lors de la réunion de négociation du 15 avril 2014.

Une fois ce constat fait, les organisations syndicales et la Direction ont défini les orientations nécessaires au redressement du régime Vitali avec notamment comme objectifs :

- De redresser le régime Vitali pour en assurer la pérennité pour les salariés et bénéficiaires afin de continuer à leur apporter une bonne couverture de bon niveau et compétitive face aux risques médicaux.
- De travailler à ajuster les garanties médicales apportées par le régime Vitali en préservant la bonne couverture des risques médicaux les plus importants tout en limitant les faits de la surconsommation, en particulier sur les frais dentaires ; il est proposé notamment :
  - Pas de remboursement aux frais réels des soins hospitaliers mais reste à charge faible.
  - Forfait annuel maximum sur les frais dentaires, tels que prothèses et implants.
  - Adaptation des garanties dans le domaine optique pour favoriser davantage l'utilisation du réseau d'Opticiens Kalivia et mise en œuvre courant 2015 du réseau dentaire Kalivia.
- De mettre en place un tiers payant pour les soins externes hospitaliers.
- D'augmenter les cotisations Vitali Essentiel (régime obligatoire) du seul impact de l'évolution de l'environnement externe, dont réglementaire (inflation médicale, forfait FMT, portabilité des droits ...). Concernant les cotisations du Régime Local par rapport au Régime Général et des cotisations « isolé » par rapport à « famille », elles sont par ailleurs augmentées de l'écart du rapport sinistres sur primes constaté d'une part, entre le Régime Local et le Régime Général et, d'autre part, entre les couvertures « isolé » et les couvertures « famille ».
- D'ajuster les cotisations des couvertures facultatives (extension Conjoint Non A Charge et Vitali Option) en tenant compte du niveau de cotisations nécessaires pour couvrir les remboursements constatés.

Les organisations syndicales et la Direction ont par ailleurs convenu d'adapter la fréquence des réunions de l'Observatoire de la Protection Sociale afin de mieux répondre aux enjeux de suivi des résultats du régime et d'adaptation aux évolutions réglementaires.

Ainsi, suite aux travaux menés avec les organisations syndicales et après information et consultation du Comité Central d'Entreprise, il a été décidé ce qui suit, en application de l'article L911-1 du Code de la Sécurité Sociale :

### **Article 1 : Objet de l'avenant**

Le présent avenant modifie et met à jour, à compter du 1er juillet 2014, l'ensemble des dispositions prévues par l'accord initial du 25 novembre 2011.

Le présent avenant a pour objet le redressement du régime à travers des hausses de cotisations et d'ajustements des prestations. Par ailleurs, cet avenant renforce le rôle de l'Observatoire de la Protection Sociale.

### **Article 2 : Date d'effet**

Le présent avenant, portant révision de l'accord collectif du 25 novembre 2011 relatif aux garanties frais de santé, prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

Il se substitue de plein droit aux stipulations de l'accord collectif visées.

### **Article 3 : Périmètre de l'avenant**

L'Accord et le présent avenant formant un accord unique, les Sociétés adhérentes à l'Accord devront adhérer au présent avenant dans un délai de 6 mois à compter de sa date d'effet.

### **Article 4 : Remplacement de l'article 5 – Bénéficiaires des garanties du contrat**

Sont bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du Contrat, les bénéficiaires de l'Accord, leurs enfants et conjoint à charge sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015. Le terme « conjoint » désigne tant la personne mariée avec le bénéficiaire de l'Accord, que liée au bénéficiaire de l'Accord par un pacte civil de solidarité, ou encore vivant maritalement avec le bénéficiaire de l'Accord à condition d'en apporter la preuve. Le conjoint est considéré à charge dans les conditions suivantes :

- s'il est à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- ou si les revenus du foyer sont inférieurs au seuil permettant d'accéder à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Les modalités pratiques de justification de cette situation sont décrites dans le Contrat.

Le conjoint d'un bénéficiaire de l'Accord qui n'est pas considéré comme à charge au sens de l'alinéa précédent, peut cependant être bénéficiaire à titre facultatif des garanties du Contrat dans le cadre d'une extension de la couverture. Cette extension facultative est réalisée à l'initiative du bénéficiaire de l'Accord, moyennant une cotisation spécifique à sa charge exclusive et dont le montant est fixé par le Contrat (cf. article 9.3 de l'Accord).

### **Article 5 : Remplacement de l'article 7 – Portabilité de la couverture**

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, modifié par un avenant n° 3 du 18 mai 2009, a institué un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'article 1er de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (n° 2013-504) a inscrit ce dispositif au sein de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale, et en a modifié certaines conditions. Le dispositif légal entre en vigueur, s'agissant des régimes complémentaires de remboursement de frais médicaux, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

Ainsi, le droit à portabilité est subordonné, jusqu'au 31 mai 2014, au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de l'ANI de 2008 modifié, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par les dispositions interprofessionnelles.

A compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, ce droit sera subordonné au respect des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

### **Article 6 : Remplacement de l'article 8.1 – Cotisations**

L'article 8.1 de l'Accord initial est remplacé de la manière suivante :

La cotisation mensuelle est répartie à hauteur de 35 % à la charge de la Société et à hauteur de 65 % à la charge du bénéficiaire de l'Accord.

Les cotisations des bénéficiaires seront prélevées sur la rémunération mensuelle.

L'assiette des cotisations mensuelles est basée sur :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. A titre d'information, ce plafond s'élève à 3.129 € pour l'année 2014.
- TA : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 0 et 1 fois le PMSS.
- TB : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 1 et 4 fois le PMSS.

La rémunération mensuelle prise en compte est constituée des sommes soumises à cotisations de Sécurité Sociale, prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité Sociale, à l'exception des sommes isolées au sens des régimes de retraite complémentaires obligatoires.

Pour le calcul des cotisations, la cotisation assise sur la TB fait l'objet d'une régularisation en fonction du cumul des rémunérations perçues sur la période d'assurance.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, la cotisation mensuelle au titre d'un bénéficiaire de l'Accord s'élève à :

	Taux de cotisation global mensuelle <u>hors taxes</u>	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	0,853 % du PMSS + 0,771 % TA + 0,399 % TB	1,787 % du PMSS + 0,980 % TA + 0,853 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,435 % du PMSS + 0,707 % TA + 0,172 % TB	0,844 % du PMSS + 1,016 % TA + 0,372 % TB

Le salarié devra obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à sa situation de famille réelle.

Lors de son adhésion, le bénéficiaire qui n'aurait pas confirmé sa situation de famille dans le délai imparti sera automatiquement affilié à la cotisation « Famille », et ce tant qu'il n'aura pas justifié de sa situation de famille auprès de la Direction des Ressources Humaines.

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont ses enfants et son conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale.

Le salarié a l'obligation d'informer la Direction des Ressources Humaines de tout changement intervenu dans sa situation familiale et matrimoniale dans un délai d'un mois, suivant les modalités mentionnées dans la Notice d'information remise aux bénéficiaires.

Toutefois, au moment de la mise en place du régime Vitali, le salarié qui était en mesure de justifier que ses enfants à charge, tel que définis ci-dessus, étaient déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs, a pu décider de ne pas leur étendre la présente garantie, et ainsi cotiser au tarif « isolé » malgré sa situation de famille réelle.

Afin de bénéficier d'une telle dérogation, les salariés concernés devront fournir un justificatif annuel de la couverture dont bénéficient leurs ayants droit au mois de septembre de chaque nouvelle année, suite notamment à la sollicitation de la Société. Le défaut de présentation entrainera le prélèvement de la cotisation afférente à leur situation familiale objective dès le mois suivant.

A cette cotisation mensuelle hors taxes, viennent s'ajouter les taxes en vigueur. A titre d'information, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, les taxes en vigueur consistent en la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance au taux de 6,27 % assise sur la cotisation mensuelle hors taxe sur les conventions d'assurance au taux de 7 %.

La cotisation mensuelle taxes comprises est obtenue en appliquant à la tarification précédente les taxes en vigueur et en arrondissant au pourcentage inférieur le plus proche avec trois décimales.

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale y compris les taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1<sup>er</sup> juillet 2014 :

	Taux de cotisation global mensuelle <u>taxes comprises</u>	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime général	0,97 % du PMSS + 0,87 % TA + 0,45 % TB	2,02 % du PMSS + 1,11 % TA + 0,97 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,49 % du PMSS + 0,80 % TA + 0,20 % TB	0,96 % du PMSS + 1,15 % TA + 0,42 % TB

Sauf avis contraire de l'Observatoire de la Protection Sociale, il est convenu que les taux de cotisation, taxes comprises, seront indexés, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice, de l'évolution du dernier indice annuel de la Consommation Médicale Totale (CMT).

Les bénéficiaires de l'Accord reconnus invalides de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie au sens de la Sécurité Sociale sont exonérés de toute cotisation.

#### **Article 7 : Modification de l'article 9.1 – Garantie obligatoire – Remboursement du régime de base obligatoire**

Les garanties, qui sont annexées au présent Accord, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour l'employeur, qui n'est tenu, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Les garanties figurant en annexe 1 du présent avenant sont à la charge exclusive de l'Organisme Assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Les garanties ainsi convenues ne pourront être modifiées par l'Organisme Assureur que par avenant au Contrat.

#### **Article 8 : Modification de l'annexe 1 – Résumé des garanties du contrat au 1<sup>er</sup> juillet 2012**

L'annexe 2 « Résumé des garanties du contrat au 1<sup>er</sup> juillet 2012 » de l'Accord du 25 novembre 2011 est remplacée par :

- l'annexe 1 du présent avenant « Résumé des garanties de base obligatoires au 1<sup>er</sup> juillet 2014 »,
- l'annexe 2 du présent avenant « Résumé des garanties de l'option prestations améliorées au 1<sup>er</sup> juillet 2014 ».

### **Article 9 : Modification de l'annexe 3 – Information sur les cotisations des garanties optionnelles pour l'année 2012**

L'annexe 3 « Information sur les cotisations des garanties optionnelles pour l'année 2012 » est remplacé par l'annexe 2 du présent avenant « Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1<sup>er</sup> juillet 2014 ».

### **Article 10 : Modification de l'article 11**

Le rôle de l'Observatoire de la Protection Sociale a été réaffirmé par les organisations syndicales signataires et la Direction. Il a ainsi été convenu que la fréquence des réunions de cet Observatoire, au minimum semestrielle comme indiqué dans l'accord du 25 novembre 2011, devait être augmentée si nécessaire pour permettre notamment :

- un partage régulier sur les comptes du régime,
- un suivi des évolutions réglementaires et de leur impact sur le régime.

Il a été souligné la nécessité de démarrer des réflexions au deuxième semestre 2014 sur de nouvelles évolutions du régime dans un souci de simplification et d'adaptation aux nouvelles évolutions réglementaires qui seraient connues très prochainement.

Il a été également convenu entre les parties que la présence plus fréquente des preneurs de risques aux réunions de l'Observatoire de la Protection Sociale serait de nature à assurer un meilleur partage entre parties prenantes sur la situation du régime et sur l'impact des évolutions réglementaires.

Afin de renforcer le rôle de l'Observatoire, notamment lors des échanges avec la Direction, le Gestionnaire ou les Assureurs, il a décidé de mettre en place un Secrétaire de l'Observatoire.

Pour accompagner les sites dans la mise en œuvre de cet avenant, il est attribué aux membres de l'Observatoire des moyens complémentaires, à savoir par Organisation Syndicale signataire un crédit de 50 heures et une intercentre.

Ce crédit d'heures est à la disposition du Délégué Syndical Central de l'organisation syndicale signataire qui l'attribue mensuellement aux représentants de la Section Syndicale ou aux Délégués Syndicaux de son choix.

**Article 11 : Dépôt et publicité**

En vertu des articles L 2231-6, L 2231-7 et D 2231-2 et suivants du Code du travail, le présent avenant fait l'objet d'un dépôt en deux exemplaires à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Un exemplaire du présent avenant sera par ailleurs déposé au greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de conclusion.

En outre, chaque partie signataire se voit remettre un exemplaire de l'avenant.

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non-signataires de celui-ci.

**AVENANT N° 2 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011  
INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE  
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU  
GROUPE PSA PEUGEOT CITROËN**

Pour la Direction de PEUGEOT CITROËN AUTOMOBILES S.A.



Philippe DORGE  
Directeur des Ressources Humaines

Pour les Organisations Syndicales

CFDT



Monsieur MADEIRA

CGT

Monsieur MERAT

CFE-CGC



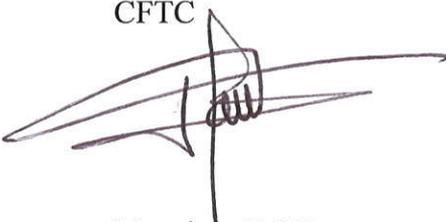
Madame VALLERON

FO



Monsieur LAFAYE

CFTC



Monsieur DON

GSEA

Monsieur MAFFI

Fait à Poissy le, 10 juin 2014

ANNEXE 1 – RESUME DES GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRE AU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2014

PRESTATIONS EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	Vital essentiel		Vital essentiel	
NATURE DES FRAIS	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale ou Chirurgicale				
Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
Actes de chirurgie (ADC)	300% BRSS	300%BR	300% BRSS	300%BR
Actes d'anesthésie (ADA)	300% BRSS		300% BRSS	
Autres honoraires	300% BRSS		300% BRSS	
Chambre particulière	3% pmss/j	3% pmss/j	3% pmss/j	3% pmss/j
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge	1,5%pmss (-12 ans)	1,5%pmss (-12 ans)	1,5%pmss (-12 ans)	1,5%pmss (-12 ans)
Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
Actes médicaux				
Généralistes (Consultations et visites)	100% BRSS		80% BRSS	
Spécialistes (Consultations et visites)- Professeurs	130% BRSS (200% BRSS professeurs)		110% BRSS(180% BRSS professeurs)	
Actes de Spécialités (ADC - ATM - ADI)	100% BRSS		80% BRSS	
Radiologie	100% BRSS		80% BRSS	
Ostéodensitométrie	100% BRSS		80% BRSS	
Auxiliaires médicaux	100% BRSS		70% BRSS	
Analyses	100% BRSS		70% BRSS	
Transport	100% TM		100% TM	
Pharmacie				
Pharmacie (y compris pharmacie à 15 %)	100% TM		100% TM	
Dentaires				
Soins dentaires	200% BRSS		180% BRSS	
Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BRSS		180% BRSS	
Parodontologie non remboursée SS	250€/an		250€/an	
	Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 1300 €		Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 1300 €	
Prothèses dentaires remboursées SS	300% BRSS		280% BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées SS	300% BRSS		300% BRSS	
Supplément inter de bridge (SPR50-SS)	300% BRSS		300% BRSS	
Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8.5% PMSS		Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8.5% PMSS	
Orthodontie acceptée par la SS	200% BRSS		200% BRSS	
Orthodontie refusée SS	200% BRSS (jusqu'à 18 ans)		200% BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
Petit appareillage	200% BRSS		170% BRSS	
Prothèses auditives	200% BRSS (remboursées ou non SS)		170% BRSS	
Orthopédie & autres prothèses	200% BRSS		170% BRSS	
Optique	Verres+Monture Adulte >18 ans : Remboursement limité à 1 paire de lunettes tous les 2 ans sauf bris de verre ou de monture et/ou de modification de la			
	Réseau KALIVIA		Réseau KALIVIA	
Monture	adulte: 125€ enfant: 90€	Hors réseau KALIVIA adulte: 125€ enfant: 90€	adulte: 125€ enfant: 90€	Hors réseau KALIVIA adulte: 125€ enfant: 90€
Verres	100% DE /verre	verres adulte 2050% BRSS (avec maxi 200€/verre) - enfant : 850% BRSS (avec maxi 150€/verre)	100% DE /verre	verres adulte 2020% BRSS (avec maxi 200€/verre) - enfant : 820% BRSS (avec maxi 150€/verre)
Lentilles remboursées SS	6% PMSS par paire ( 13%PMSS si correction > 10 dioptries)		6% PMSS par paire ( 13%PMSS si correction > 10 dioptries)	
Lentilles non remboursées SS	6% PMSS par paire		6% PMSS par paire	
Lentilles jetables	6% PMSS an / bénéficiaire		6% PMSS an / bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	8% PMSS / ŒIL		8% PMSS / ŒIL	
Cures thermales (acceptées ou refusées SS)				
Frais de traitement et honoraires				
Frais de voyage et hébergement	10% PMSS		10% PMSS	
Maternité	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	300% BRSS	300% BRSS	300% BRSS	300% BRSS
Honoraires de Chirurgien (césarienne)	300% BRSS (1)		300% BRSS (1)	
Honoraires Péridurale	100% BRSS		100% BRSS	
Chambre particulière	3,5% PMSS/jour (maxi 5 jours)		3,5% PMSS/jour (maxi 5 jours)	
Autres actes				
Ostéopathie	NEANT		NEANT	
Sevrage tabagique	NEANT		NEANT	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005	Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Dépistage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM		Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Dépistage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM	

(1) avec un reste à charge mini de 10% des dépassements

## ANNEXE 2 – RESUME DES GARANTIES DE L'OPTION « PRESTATIONS AMELIOREES » DU CONTRAT AU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2014

PRESTATIONS EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	Régime général		Régime Alsace Moselle	
	Vital essentiel + option		Vital essentiel + option	
NATURE DES FRAIS	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale ou Chirurgicale				
Frais de séjour	400% BRSS		400% BRSS	
Actes de chirurgie (ADC)	400% BRSS	400% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
Actes d'anesthésie (ADA)	400% BRSS		400% BRSS	
Autres honoraires	400% BRSS		400% BRSS	
Chambre particulière	5% pmss/j	5% pmss/j	5% pmss/j	5% pmss/j
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge	2,5%pmss (-12 ans)	2,5%pmss (-12 ans)	2,5%pmss (-12 ans)	2,5%pmss (-12 ans)
Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
Actes médicaux				
Généralistes (Consultations et visites)	200% BR		180% BR	
Spécialistes (Consultations et visites)- Professeurs	250% BR		230% BR	
Actes de Spécialités (ADC - ATM - ADI)	200%BR		180% BR	
Radiologie	200%BR		180% BR	
Ostéodensitométrie	200%BR		180% BR	
Auxiliaires médicaux	200%BR		170% BR	
Analyses	200%BR		170% BR	
Transport	100% TM		100% TM	
Pharmacie				
Pharmacie (y compris pharmacie à 15 %)	100% TM		100% TM	
Dentaire				
Soins dentaires	200%BR		180% BR	
Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200%BR		180% BR	
Parodontologie non remboursée SS	300€/an		300€/an	
	Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 000€		Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 000€	
Prothèses dentaires remboursées SS	350% BRSS		330% BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées SS	350% BRSS		330% BRSS	
Supplément inter de bridge (SPR50-SS)	350% BRSS		330% BRSS	
	Phase chirurgicale : 33% PMSS Pose pilier & Couronne sur implant :		Phase chirurgicale : 33% PMSS Pose pilier & Couronne sur implant :	
Implants dentaires	16.5% PMSS		16.5% PMSS	
Orthodontie acceptée par la SS	400% BRSS		400% BRSS	
Orthodontie refusée SS	400% BRSS (jusqu'à 18 ans)		400% BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
Petit appareillage	400% BRSS		370% BRSS	
Prothèses auditives	600% BRSS (remboursées ou non SS)		570% BRSS	
Orthopédie & autres prothèses	400% BRSS		370% BRSS	
Optique	Verres+Monture Adulte >18 ans : Remboursement limité à 1 paire de lunettes tous les 2 ans sauf bris de verre ou de monture et/ou de modification de la correction optique d'au moins 0,25 dioptrie justifiée par le praticien			
	Réseau KALIVIA		Réseau KALIVIA	
Monture	adulte: 185€ - enfant :130€		adulte: 185€ - enfant :130€	
	Hors réseau KALIVIA		Hors réseau KALIVIA	
Verres	adulte: 185€ - enfant :130€		adulte: 185€ - enfant :130€	
	100% DE /verre	verres adulte 4000% BRSS (avec maxi 300€/verre) - enfant : 1750% BRSS (avec maxi 300€/verre)	100% DE /verre	verres adulte 3970% BRSS (avec maxi 300€/verre) - enfant : 1720% BRSS (avec maxi 300€/verre)
Lentilles remboursées SS	26% PMSS par paire		26% PMSS par paire	
Lentilles non remboursées SS	26% PMSS par paire		26% PMSS par paire	
Lentilles jetables	26% PMSS an / bénéficiaire		26% PMSS an / bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	26% PMSS / ŒIL		26% PMSS / ŒIL	
Cures thermales (acceptées ou refusées SS)				
Frais de traitement et honoraires	17% PMSS		17% PMSS	
Frais de voyage et hébergement	17% PMSS		17% PMSS	
Maternité	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	400% BRSS	400% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
Honoraires de Chirurgien (césarienne)	400% BRSS		400% BRSS	
Honoraires Péridurale	100% BRSS		100% BRSS	
Chambre particulière	3,5% PMSS/jour (maxi 5 jours)		3,5% PMSS/jour (maxi 5 jours)	
Autres actes				
Ostéopathie	1.5% PMSS/scéance maxi 2/an/bénéf		1.5% PMSS/scéance maxi 2/an/bénéf	
Sevrage tabagique	100€ /an / bénéficiaire		100€ /an / bénéficiaire	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005	Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 300% BRSS		Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 280% BRSS	

### ANNEXE 3 – Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1<sup>er</sup> juillet 2014

A titre indicatif, à effet du 1<sup>er</sup> juillet 2014, le montant des garanties optionnelles exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale est ainsi exprimé.

#### 1. Cotisation de la garantie « prestations améliorées » pour les actifs

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Adulte	0,86%	0,86%
Enfant	0,32%	0,32%

#### 2. Cotisation de la garantie « conjoint non à charge/enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi »

Régime Général	Régime Alsace Moselle
1,84%	1,10%

#### 3. Cotisation de la garantie « maintien de garanties »

##### - Régime de base :

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille
Moins de 62 ans	2,61%	4,87%	1,67%	2,92%
De 62 à 75 ans	2,61%	4,87%	1,67%	2,92%
Plus de 75 ans	2,61%	4,87%	1,67%	2,92%

##### - Option « prestations améliorées »

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
Moins de 62 ans	1,33%	0,49%	1,33%	0,49%
De 62 à 75 ans	1,33%	0,49%	1,33%	0,49%
Plus de 75 ans	1,33%	0,49%	1,33%	0,49%

##### - Option « conjoint non à charge/enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi »

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Moins de 62 ans	3,00%	1,81%
De 62 à 75 ans	3,00%	1,81%
Plus de 75 ans	3,00%	1,81%