

Brochure n° 3029

Convention collective nationale
IDCC : 493. – VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS,
SPIRITUEUX ET LIQUEURS DE FRANCE

ACCORD DU 1^{ER} AVRIL 2015
INSTITUANT UN RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550550M
IDCC : 493

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses ont élaboré, négocié et conclu un accord instituant principalement un régime obligatoire de remboursement des frais de santé afin d'apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

Concomitamment, il a été également conclu un accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

En effet, il est apparu essentiel aux partenaires sociaux :

- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif ;
- de rendre la branche attractive, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs ;
- de faciliter l'accès à des dispositifs d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'organismes assureurs recommandés après une procédure de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance en 2014, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats.

C'est ainsi que les partenaires sociaux ont procédé à l'appel d'offres auprès d'organismes assureurs sur la base d'un cahier des charges, établi en concertation.

Bien évidemment, au-delà de ces régimes de base obligatoires, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles instituées par le présent accord.

Enfin, les partenaires sociaux analyseront les informations transmises au comité de suivi du régime et se réuniront afin d'envisager la création d'un régime de frais de santé pour les anciens salariés retraités, qui bénéficiaient avant le terme de leur contrat de travail du régime des salariés actifs.

Article 1^{er}

Champ d'application et adhésion

Le présent accord s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France du 13 février 1969 et remplace l'accord du 14 février 2003 en vigueur à la date de signature du présent accord et ne peut être la cause de dispositions moins favorables, tant en matière de garanties que de répartition des cotisations entre employeurs et salariés.

Il est préconisé aux entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale d'adhérer à un organisme assureur recommandé par la branche et d'y affilier la totalité de leurs salariés.

Les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord ont la possibilité de ne pas adhérer au régime recommandé par la branche dès lors que les garanties assurées couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord.

Enfin, les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord, mais dont les garanties assurées ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord, devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause, le choix de l'organisme assureur incombe à l'employeur, qui recueille préalablement l'avis des représentants du personnel lorsqu'ils existent. L'organisme choisi par l'entreprise assure la collecte des cotisations et le versement des prestations correspondant au moins aux dispositions prévues par le présent accord.

Article 2

Degré élevé de solidarité

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire relatif au remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif, responsable et solidaire.

Ce régime a pour vocation de permettre aux entreprises, au travers d'un degré élevé de solidarité de bénéficier d'actions et d'outils à caractère non contributif pour les entreprises et les salariés relevant de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

La commission sociale paritaire a décidé de constituer un fonds d'action sociale spécifiquement dédié à la branche et géré par les organismes d'assurance recommandés.

Ce fonds d'action sociale est commun au régime de complémentaire frais de santé dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses résultant du présent accord, et au régime de prévoyance dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Son financement annuel est assuré par une part égale à 2 % des cotisations versées au titre de l'année et à 5 % des résultats créditeurs des régimes de prévoyance et de complémentaire frais de santé de la branche. Il permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la commission sociale paritaire, dans la limite du montant disponible du fonds d'action sociale.

Ce financement annuel incombe également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi d'adhérer à un organisme assureur autre que ceux corecommandés. Ces entreprises verseront cette part des cotisations à leur organisme, qui la reversera aux organismes corecommandés. Cela doit donc permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses de bénéficier du fonds d'action sociale.

La commission sociale paritaire en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel sur les comptes des régimes de branche et vérifie que la mise en œuvre par les organismes d'assurances auprès desquels le fonds a été placé en gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

La commission sociale paritaire a décidé que le fonds d'action sociale assurerait le financement :

- des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;
- d'un forfait de sevrage alcoolique par bénéficiaire, permettant le remboursement total ou partiel du coût non pris en charge par la sécurité sociale ;
- des prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - soit à titre individuel, l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés et ayants droit ;
 - soit à titre collectif, pour les salariés ou leurs ayants droit, l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Il doit être constitué, au sein du régime, un observatoire de la santé au travail, permettant plus aisément aux entreprises de se situer dans l'environnement de la branche.

Par ailleurs, les partenaires sociaux et les organismes corecommandés mettent en œuvre tout type d'actions de prévention collective accessibles aux salariés et aux entreprises ayant adhéré à l'un des organismes corecommandés par la branche. Pour se faire, il sera fait appel aux organismes corecommandés qui useront de leur propre fonds d'action sociale déjà constitué.

Tout comme les actions mises en œuvre au travers du fonds d'actions sociales dédié à la branche, ces actions de prévention pourront notamment porter sur les dépendances et la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Par ailleurs, une sensibilisation sur la thématique du handicap à destination des employeurs et des salariés sera proposée chaque année par les organismes assureurs.

Article 3

Gestion du régime

Article 3.1

Organismes corecommandés

La procédure de mise en concurrence mise en œuvre conformément aux articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale a permis à la commission sociale paritaire de procéder à la corecommandation de plusieurs organismes d'assurance pour une durée de 5 années.

Il s'agit de :

- Klesia Prévoyance : institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 4-22, rue Marie-Georges-Picquart, 75017 Paris ;
- Malakoff-Médéric Prévoyance : institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75317 Paris.

Afin de mettre en œuvre le régime, ces organismes assureurs sont corecommandés par les parties signataires du présent accord.

Ces organismes corecommandés assurent les garanties prévues par le présent accord.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux réexamineront les modalités d'organisation de la recommandation dans un délai qui ne pourra pas excéder 5 ans à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au moins 6 mois avant le terme de la recommandation.

Article 3.2

Gestion administrative

La gestion administrative est déléguée auprès d'un tiers indépendant par les organismes assureurs corecommandés.

Il lui sera confié tant la gestion du régime mis en place dans le cadre du présent accord que celui qui résulte de l'accord relatif à un régime de prévoyance dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

Article 4

Bénéficiaires

Le bénéfice des garanties visées à l'article 5 du présent accord est ouvert au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France du 13 février 1969, dès lors qu'ils ont une ancienneté d'au moins 3 mois à compter de leur inscription dans les effectifs de l'entreprise.

Sont bénéficiaires du régime de base obligatoire de frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise (ayant une ancienneté d'au moins 3 mois) ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail et maladie professionnelle) et indemnisés par la sécurité sociale ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quel qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant la période, du maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise ;
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail, ou sous réserve du procès-verbal du conseil d'administration, les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont assimilés à des salariés.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire.

L'employeur peut également souscrire, afin de mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire, à l'un des deux niveaux optionnels présentant des garanties plus élevées.

En application des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, les garanties frais de santé pourront être acquises, dans le cadre d'un contrat collectif et à adhésion obligatoire, aux salariés cadres et non cadres dès la date d'entrée des salariés dans les effectifs de l'entreprise.

Si tel n'est pas le cas, les salariés cadres et non cadres pourront, dans le cadre d'un régime frais de santé facultatif, bénéficier des garanties acquises aux salariés cadres et non cadres dès leur date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise. Ils seront alors redevables de l'intégralité de la cotisation correspondante, excepté si l'employeur souhaite en prendre en charge une partie.

Article 5

Garanties frais de santé

Article 5.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Les salariés définis à l'article 4 bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel.

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite soit individuellement par chaque salarié, soit collectivement par l'employeur (cf. art. 5.3).

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 5.2

Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément aux dispositions légales en vigueur (notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale), certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur, lequel doit préalablement les informer des conséquences de leur choix.

A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel) ;

- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de complémentaire frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche.

A défaut de fournir les éléments dans les délais, l'employeur procédera à l'affiliation du salarié.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier leur situation. A défaut de justificatif, l'employeur procédera à l'affiliation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés à tout moment.

Article 5.3

Extension des garanties frais de santé

Conformément à l'article 5.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Une extension optionnelle de garantie frais de santé peut être souscrite soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

Couverture « duo » :

La couverture « duo » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint, ou bien, du salarié et d'un enfant à charge.

Couverture « famille » :

La couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

Article 5.3.1

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint judiciairement non séparé de corps ; soit la personne mariée au salarié ou liée au salarié par un pacte civil de solidarité ;
- le concubin pourrait être assimilé à un conjoint s'il s'agit de la personne vivant maritalement avec le salarié, sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial ;
 - que le salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les 6 mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif.

Article 5.3.2

Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants du salarié :

- âgés de moins de 21 ans reconnus comme tels par la législation fiscale ;

- âgés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite d'études et d'une affiliation au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
- handicapés âgés de moins de 25 ans, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil avant leur 21^e anniversaire et à la charge du salarié.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 25^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil.

Article 5.4

Conditions et tableaux des garanties

Les actes et frais de santé relevant des postes mentionnés aux tableaux des garanties ci-après sont couverts par le régime.

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

En d'autres termes, sont exclues de la garantie toutes les dépenses de soins ou d'interventions non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Les prestations présentent un niveau de garanties supérieur au panier de soins minimum tel que défini dans le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, aucune information ne pouvant être recueillie à cette fin.

Les tableaux ci-dessous font apparaître le niveau de base des garanties conventionnelles, que doit a minima respecter l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord. Les autres niveaux optionnels de garanties seront proposés aux entreprises adhérant au régime recommandé par la branche.

Définitions :

FR (frais réels) : totalité des dépenses engagées pour les prestations de santé.

TM : ticket modérateur.

SS : montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

BR (base de remboursement) : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

CAS (contrat d'accès aux soins) : convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les médecins libéraux non conventionnés de secteur 2, dont l'objet est d'améliorer le remboursement des honoraires de consultation et d'actes médicaux.

Article 5.4.1

Régime collectif obligatoire

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)	RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL
Hospitalisation Frais de séjour : <ul style="list-style-type: none"> – établissement conventionné – établissement non conventionné 	100 % FR sécurité sociale 100 % BR sécurité sociale

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)	RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL
Honoraires des praticiens :	
– adhérent au CAS	300 % BR
– non adhérent au CAS	200 % BR sécurité sociale
Soins post-opératoires	30 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 % FR
Chambre particulière ⁽²⁾	70 € par jour
Lit accompagnant ⁽³⁾	25 € par jour
Transport en ambulance :	
– accepté par la sécurité sociale	35 % BR
– refusé par la sécurité sociale	100 % BR
<p>(1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée.</p> <p>(2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à : – 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé ; – 60 jours en rééducation.</p> <p>(3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins.</p>	

ACTES MÉDICAUX	RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL
Soins courants	
Consultations et visites médecins généralistes :	
– adhérent au CAS	60 % BR
– non adhérent au CAS	40 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes :	
– adhérent au CAS	60 % BR
– non adhérent au CAS	40 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR
Actes techniques d'imagerie médicale	60 % BR
Honoraires médecins radiologues :	
– adhérent au CAS	60 % BR
– non adhérent au CAS	40 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR
Actes de spécialistes :	
– adhérent au CAS	60 % BR
– non adhérent au CAS	40 % BR

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL
Compléments de garantie Orthopédie, appareillage, prothèses médicales acceptées par la sécurité sociale (autres que dentaires) Frais pharmaceutiques Vaccins : – acceptés par la sécurité sociale – refusés par la sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR 100 % TM 35 % BR 50 € par an et par bénéficiaire
Allocations et forfaits Allocation maternité ⁽²⁾ Cures thermales acceptées par la sécurité sociale ⁽³⁾ Ostéodensitométrie ⁽⁴⁾ Forfait médecine douce ⁽⁵⁾ (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	156,45 € 156,45 € par an et par bénéficiaire 50 € par an et par bénéficiaire 3 x 20 € par an et par bénéficiaire
(1) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire. (2) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple. (3) Le remboursement de la cure thermale est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire. (4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire. (5) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en euros par prestation.	

DENTAIRE. – TYPE D'ACTE	RÉGIME DE BASE conventionnel
Prothèses Couronne ou inter de bridge (sécurité sociale ou non) sur incisives, canines, 1 ^{re} prémolaires (n° dents : finissant par 1 à 4) Couronne ou inter de bridge (sécurité sociale ou non) sur 2 ^e prémolaires, molaires, dents de sagesse (n° dents : finissant par 5 à 8) Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant) Inlay core pris en charge par la sécurité sociale Appareil amovible définitif pris en charge par la sécurité sociale Autres prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale Plafond annuel par bénéficiaire pour les prothèses dentaires (y compris les provisoires)	330 % BR 150 % BR 330 % BR Néant 35 % BR 220 % BR par appareil 200 % BR 1 300 € par an Au-delà : 55 % BR
Soins Soins dentaires pris en charge par la sécurité sociale (hors inlay/onlay) Inlay/onlay cotés en soins	100 % TM 245 % BR
Hors nomenclature Actes et scanner (tomodensitométrie) Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	Néant Néant

DENTAIRE. – TYPE D'ACTE	RÉGIME DE BASE conventionnel
Implant racine	Néant
Pilier implantaire	Néant
Parodontologie	Néant
Orthodontie	
– semestre actif pris en charge ou non par la sécurité sociale	100 % BR par semestre actif
– contention prise en charge ou non par la sécurité sociale	45 % BR la 1 ^{re} année 65 % BR la 2 ^e année
– autres actes pris en charge	100 % BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais d'optique dépend du recours ou non du réseau d'opticiens :

- dans le réseau d'opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100 % des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel ;
- hors réseau d'opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) Par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries : prise en charge ;
- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au b.

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (Y COMPRIS REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)							
Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre progressif (*)		Verre simple foyer	Verre progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	35 €	Sphérique résistant aux rayures	141 €	Résistant aux rayures	35 €	130 €
De 0 à 2	De 2,25 à 4	75 €	Sphérique aminci super anti-reflet	171 €	Aminci super anti-reflets	75 €	170 €
De 2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2	75 €		171 €		75 €	170 €
De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	100 €	Sphérique super aminci super anti-reflet	200 €	Super aminci super anti-reflets	100 €	200 €
De 4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4	100 €		200 €		100 €	200 €
De 6,25 à 8	Tous cylindres	120 €	Sphérique ultra aminci super anti-reflet haut de gamme	210 €	Ultra aminci super anti-reflets haut de gamme	120 €	210 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4,25	120 €		210 €		120 €	210 €
Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres	160 €	Sphérique ultra aminci optimisé super anti-reflet haut de gamme	234 €	Ultra aminci optimisé super anti-reflet haut de gamme	160 €	230 €
Monture adulte / enfant		100 € / 50 €					
Lentilles, prises en charge ou non par le régime obligatoire, par an		150 €					
Chirurgie réfractive, par an		200 € par œil					
(*) Verres progressifs : jusqu'à la 5 ^e gamme sur les 8 gammes existantes aujourd'hui.							

Article 5.4.2

Régime optionnel

Régime optionnel de niveau 1

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 1
Hospitalisation	
Frais de séjour :	
– établissement conventionné	100 % FR sécurité sociale
– établissement non conventionné	100 % BR sécurité sociale
Honoraires des praticiens :	
– adhérent au CAS	100 % FR sécurité sociale

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 1
– non adhérent au CAS	200 % BR sécurité sociale
Soins post-opératoires	100 % FR sécurité sociale
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 % FR
Chambre particulière ⁽²⁾	100 % FR
Lit accompagnant ⁽³⁾	35 € par jour
Transport en ambulance :	
– accepté sécurité sociale	35 % BR
– refusé sécurité sociale	100 % BR
<p>(1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée.</p> <p>(2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé ; – 60 jours en rééducation. <p>(3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins.</p>	

ACTES MÉDICAUX	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 1
Soins courants	
Consultations et visites médecins généralistes :	
– adhérent au CAS	100 % BR
– non adhérent au CAS	80 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes :	
– adhérent au CAS	100 % BR
– non adhérent au CAS	80 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Actes techniques d'imagerie médicale	100 % BR
Honoraires médecins radiologues :	
– adhérent au CAS	100 % BR
– non adhérent au CAS	80 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes de spécialistes :	
– adhérent au CAS	100 % BR
– non adhérent au CAS	80 % BR

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 1
Compléments de garantie	
Orthopédie, appareillage, prothèses médicales acceptées sécurité sociale (autres que dentaires)	150 % BR
Frais pharmaceutiques	100 % TM

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 1
Vaccins : – acceptés sécurité sociale – refusés sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR 50 € par an et par bénéficiaire
Allocations et forfaits Allocation maternité ⁽²⁾ Cures thermales acceptées sécurité sociale ⁽³⁾ Ostéodensitométrie ⁽⁴⁾ Forfait médecine douce ⁽⁵⁾ (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	312,90 € 312,90 € par an et par bénéficiaire 75 € par an et par bénéficiaire 4 x 30 € par an et par bénéficiaire
<p>(1) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(2) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple.</p> <p>(3) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(5) Le remboursement annuel est apprécié en année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en euros par prestation.</p>	

DENTAIRE. – TYPE D'ACTE	RÉGIME OPTIONNEL de niveau 1
Prothèses Couronne ou inter de bridge (sécurité sociale ou non) sur incisives, canines, prémolaires (n° dents : finissant par 1 à 5) Couronne ou inter de bridge (sécurité sociale ou non) sur molaires et dents de sagesse (n° dents : finissant par 6 à 8) Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant) Inlay core pris en charge par la sécurité sociale Appareil amovible définitif pris en charge par la sécurité sociale Autres prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale Plafond annuel par bénéficiaire pour les prothèses dentaires (y compris les provisoires)	330 % BR 150 % BR 330 % BR Néant 55 % BR 340 % BR par appareil 200 % BR 2 000 € par an Au-delà : 55 % BR
Soins Soins dentaires pris en charge par la sécurité sociale (hors inlay/onlay) Inlay/onlay cotés en soins	100 % TM 245 % BR
Hors nomenclature Actes et scanner (tomodensitométrie) Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical) Implant racine Pilier implantaire Parodontologie	Néant Néant 400 € max 1 par an 100 € max 1 par an 250 € par an

DENTAIRE. – TYPE D'ACTE	RÉGIME OPTIONNEL de niveau 1
Orthodontie : – semestre actif pris en charge ou non par la sécurité sociale – contention prise en charge ou non par la sécurité sociale – autres actes pris en charge	200 % BR par semestre actif 62 % BR la 1 ^{re} année 93 % BR la 2 ^e année 100 % BR

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais d'optique dépend du recours ou non du réseau d'opticiens :

- dans le réseau d'opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100 % des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel ;
- hors réseau d'opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a)* Par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries : prise en charge ;
- b)* 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c)* 150 € par équipement comportant un verre mentionné au *a* et un verre mentionné au *b*.

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a)* 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b)* 610 € par équipement comportant un verre mentionné au *a* et un verre mentionné au *c* ;
- c)* 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d)* 660 € par équipement comportant un verre mentionné au *a* et un verre mentionné au *f* ;
- e)* 800 € par équipement comportant un verre mentionné au *c* et un verre mentionné au *f* ;
- f)* 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (Y COMPRIS REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)							
Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre progressif (*)		Verre simple foyer	Verre progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	69 €	Sphérique super anti-reflet haut de gamme	160 €	Super anti-reflet haut de gamme	60 €	150 €
De 0 à 2	De 2,25 à 4	85 €	Sphérique aminci super antireflet haut de gamme	190 €	Aminci super antireflet haut de gamme	85 €	190 €
De 2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2	85 €		190 €		85 €	190 €
De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	110 €	Sphérique super aminci super antireflet haut de gamme	230 €	Super aminci super antireflet haut de gamme	110 €	230 €
De 4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4	110 €		230 €		110 €	230 €
De 6,25 à 8	Tous cylindres	150 €	Asphérique ultra aminci super anti-reflet haut de gamme	250 €	Ultra aminci super anti-reflet haut de gamme	150 €	250 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4,25	150 €		250 €		150 €	250 €
Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres	190 €	Asphérique ultra aminci préc alibrage / optimisation d'épaisseur super anti-reflet haut de gamme	280 €	Ultra aminci préc alibrage / optimisation d'épaisseur super anti-reflet haut de gamme	190 €	280 €
Monture adulte / enfant		150 € / 100 €					
Lentilles, prises en charge ou non par le régime obligatoire, par an		250 €					
Chirurgie réfractive, par an		350 € par œil					
(*) Verres progressifs : jusqu'à la 6 ^e gamme sur les 8 gammes existantes aujourd'hui.							

Régime optionnel de niveau 2

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 2
Hospitalisation	
Frais de séjour :	
– établissement conventionné	100 % FR sécurité sociale
– établissement non conventionné	100 % BR sécurité sociale

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (y compris obstétrique)	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 2
Honoraires des praticiens : – adhérent au CAS – non adhérent au CAS Soins post-opératoires Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ Chambre particulière ⁽²⁾ Lit accompagnant ⁽³⁾ Transport en ambulance : – accepté sécurité sociale – refusé sécurité sociale	100 % FR sécurité sociale 200 % BR sécurité sociale 100 % FR sécurité sociale 100 % FR 100 % FR 50 € par jour 50 % BR 100 % BR
<p>(1) Sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée.</p> <p>(2) La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à : – 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé ; – 60 jours en rééducation.</p> <p>(3) Uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins.</p>	

ACTES MÉDICAUX	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 2
Soins courants Consultations et visites médecins généralistes : – adhérent au CAS – non adhérent au CAS Consultations et visites médecins spécialistes : – adhérent au CAS – non adhérent au CAS Analyses et examens de laboratoire Actes techniques d'imagerie médicale Honoraires médecins radiologues : – adhérent au CAS – non adhérent au CAS Auxiliaires médicaux Actes de spécialistes : – adhérent au CAS – non adhérent au CAS	300 % BR 200 % BR sécurité sociale 300 % BR 200 % BR sécurité sociale 300 % BR 300 % BR 300 % BR 200 % BR sécurité sociale 300 % BR 200 % BR sécurité sociale 300 % BR 300 % BR 200 % BR sécurité sociale

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 2
Compléments de garantie Orthopédie, appareillage, prothèses médicales acceptées sécurité sociale (autres que dentaires)	300 % BR

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	RÉGIME OPTIONNEL DE NIVEAU 2
Frais pharmaceutiques	100 % TM
Vaccins :	
– acceptés par la sécurité sociale	100 % BR
– refusés par la sécurité sociale ⁽¹⁾	50 € par an et par bénéficiaire
Allocations et forfaits	
Allocation maternité ⁽²⁾	375,48 €
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale ⁽³⁾	375,48 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie ⁽⁴⁾	75 € par an et par bénéficiaire
Forfait médecine douce ⁽⁵⁾ (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	4 x 40 € par an et par bénéficiaire
<p>(1) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(2) L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple.</p> <p>(3) Le remboursement de la cure thermique est forfaitaire et est apprécié par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(4) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(5) Le remboursement annuel est apprécié par année civile et par bénéficiaire : il est limité en nombre et en montant en euros par prestation.</p>	

DENTAIRE. – TYPE D'ACTE	RÉGIME OPTIONNEL de niveau 2
Prothèses	
Couronne ou inter de bridge (sécurité sociale ou non) sur incisives, canines, prémolaires et 1 ^{re} molaires (n° dents : finissant par 1 à 6)	330 % BR
Couronne ou inter de bridge (sécurité sociale ou non) sur 2 ^e molaires et dents de sagesse (n° dents : finissant par 7 à 8)	150 % BR
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330 % BR
Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)	30 €
Inlay core pris en charge par la sécurité sociale	73 % BR
Appareil amovible définitif pris en charge par la sécurité sociale	340 % BR par appareil
Autres prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	200 % BR
Plafond annuel par bénéficiaire pour les prothèses dentaires (y compris les provisoires)	3 000 € par an Au-delà : 55 % BR
Soins	
Soins dentaires pris en charge par la sécurité sociale (hors inlay/onlay)	100 % TM
Inlay/onlay cotés en soins	365 % BR
Hors nomenclature	
Actes et scanner (tomodensitométrie)	70 €
Procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	70 €
Implant racine	400 €, max. 2 par an
Pilier implantaire	200 €, max. 2 par an
Parodontologie	500 € par an

DENTAIRE. – TYPE D'ACTE	RÉGIME OPTIONNEL de niveau 2
Orthodontie :	
– semestre actif pris en charge ou non par la sécurité sociale	310 % BR par semestre actif
– contention prise en charge ou non par la sécurité sociale	90 % BR la 1 ^{re} année 140 % BR la 2 ^e année
– autres actes pris en charge	175 %

La prise en charge des dépenses engagées pour les frais optique dépend du recours ou non du réseau d'opticiens :

- dans le réseau d'opticiens partenaires, les dépenses engagées peuvent être remboursées à 100 % des frais réels. Les prestations ayant été négociées dans le cadre du réseau, l'assuré bénéficie de prestations améliorées et de tarif préférentiel ;
- hors réseau d'opticiens partenaires, l'assuré sera remboursé sur la base des frais engagés.

En tout état de cause, cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an.

Par équipement composé de deux verres et d'une monture, la garantie prévoit une prise en charge minimale d'au moins :

- a) Par équipement à verre simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries : prise en charge ;
- b) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- c) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au b.

Cependant, par équipement de deux verres et d'une monture, la garantie est limitée à un plafond maximal de :

- a) 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

OPTIQUE (Y COMPRIS REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)							
Limitation de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et par an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue							
Défaut visuel		Dans le réseau				Hors réseau	
Myopie ou hypermétropie (puissance en dioptries)	Astigmatisme (cylindre)	Verre simple foyer		Verre progressif (*)		Verre simple foyer	Verre progressif
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	140 €	Frais réels	300 €	Frais réels	70 €	170 €
De 0 à 2	De 2,25 à 4	140 €		300 €		100 €	220 €
De 2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2	140 €		300 €		100 €	220 €
De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	160 €		300 €		130 €	260 €
De 4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4	160 €		300 €		130 €	260 €
De 6,25 à 8	Tous cylindres	300 €		300 €		180 €	300 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4,25	300 €	300 €	180 €	300 €		
Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres	300 €		Adulte : 350 € Enfant : 300 €		220 €	Adulte : 320 € Enfant : 300 €
Monture adulte / enfant		150 € / 100 €					
Lentilles, prises en charge ou non par le régime obligatoire, par an		250 €					
Chirurgie réfractive, par an		500 € par œil					
(*) Verres progressifs : toute gamme, y compris la toute dernière.							

Article 5.5

Cotisations

Les taux de cotisation de base conventionnelle obligatoire ci-dessous sont maintenus pendant 2 ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constantes.

Conformément aux articles 5.1 et 5.3 du présent accord, le montant de la cotisation globale pour les garanties instaurées par le présent accord est fixé dans les tableaux ci-dessous :

(En pourcentage du PMSS.)

RÉGIME GÉNÉRAL	SALARIÉ – ISOLÉ
Base conventionnelle obligatoire	1,23 %

(En pourcentage du PMSS.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	SALARIÉ – ISOLÉ
Base conventionnelle obligatoire	0,80 %

Pour rappel, il existe deux possibilités :

- amélioration de la base via une souscription par l'entreprise d'un contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire ;
- amélioration de la base via une souscription par le salarié d'un contrat complémentaire à titre individuel.

Article 5.5.1

Régime optionnel collectif à adhésion obligatoire

Les taux de cotisation du régime optionnel collectif à adhésion obligatoire ci-dessous sont maintenus pendant 2 ans à compter de la date d'effet du présent accord, à législation et réglementation constantes.

Conformément à l'article 5.3 du présent accord, il peut être mis en place un contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire dont les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous (ces taux de cotisation incluent la cotisation du régime de base conventionnel obligatoire) :

COMPLÉMENTAIRE COLLECTIVE À ADHÉSION OBLIGATOIRE			
Régime général (en % PMSS)	Salarié – Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		2,45 % (soit 1,23 % + 1,22 %)	3,51 % (soit 1,23 % + 2,28 %)
Régime optionnel de niveau 1	1,44 % (soit 1,23 % + 0,21 %)	2,84 % (soit 1,23 % + 1,61 %)	4,11 % (soit 1,23 % + 2,88 %)
Régime optionnel de niveau 2	1,76 % (soit 1,23 % + 0,53 %)	3,48 % (soit 1,23 % + 2,25 %)	5,01 % (soit 1,23 % + 3,78 %)

COMPLÉMENTAIRE COLLECTIVE À ADHÉSION OBLIGATOIRE			
Régime Alsace-Moselle (en % PMSS)	Salarié – Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		1,59 % (soit 0,80 % + 0,79 %)	2,28 % (soit 0,80 % + 1,48 %)
Régime optionnel de niveau 1	0,94 % (soit 0,80 % + 0,14 %)	1,85 % (soit 0,80 % + 1,05 %)	2,67 % (soit 0,80 % + 1,87 %)
Régime optionnel de niveau 2	1,14 % (soit 0,80 % + 0,34 %)	2,26 % (soit 0,80 % + 1,46 %)	3,25 % (soit 0,80 % + 2,45 %)

A défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, le taux de cotisation pour la couverture des risques énumérés ci-dessus sera réparti à parts égales entre l'employeur et le salarié :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les cotisations sont réduites pour tenir compte des prestations servies par le régime local.

En tout état de cause, il est rappelé que l'employeur doit mettre en place a minima une couverture de base conventionnelle obligatoire pour le salarié dit isolé.

Article 5.5.2

Régime optionnel individuel à adhésion facultative

Dans le cas où l'employeur ne retiendrait pas les couvertures collectives obligatoires « duo » et/ou « famille », et si un salarié souscrit à une couverture individuelle facultative, à défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur (en application des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale), prévoyant d'autres modalités d'adhésion ou une répartition différente, le montant de la cotisation pour la couverture des risques énumérés ci-dessus sera réparti de la manière suivante :

- la part de l'employeur sera équivalente à 50 % du montant de la cotisation de la base conventionnelle obligatoire qu'il aura mise en place pour le salarié ;
- la part restante restera intégralement à la charge du salarié.

En cas d'amélioration de la base via une souscription par le salarié d'un contrat complémentaire à titre individuel, les taux de cotisations sont fixés dans les tableaux ci-dessous (ces taux de cotisations sont en complément de la cotisation du régime de base conventionnel obligatoire) :

COMPLÉMENTAIRE INDIVIDUELLE FACULTATIVE (UNIQUEMENT EN COMPLÉMENT DE LA BASE CCN)			
Régime général (en % PMSS)	Salarié – Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		1,29 %	2,41 %
Régime optionnel de niveau 1	0,23 %	1,72 %	3,07 %
Régime optionnel de niveau 2	0,61 %	2,48 %	4,14 %

COMPLÉMENTAIRE INDIVIDUELLE FACULTATIVE (UNIQUEMENT EN COMPLÉMENT DE LA BASE CCN)			
Régime Alsace-Moselle (en % PMSS)	Salarié – Isolé	Extension ayants droit	
		Duo (salarié + conjoint ou salarié + 1 enfant)	Famille (salarié + conjoint + enfants)
Base conventionnelle obligatoire		0,84 %	1,57 %
Régime optionnel de niveau 1	0,15 %	1,12 %	2,00 %
Régime optionnel de niveau 2	0,40 %	1,62 %	2,70 %

Article 6

Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 6.1

Suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent chapitre est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur), la garantie est maintenue moyennant le versement par l'employeur et le salarié des cotisations correspondantes.

Dans ce cas, la cotisation est calculée sur la base de l'assiette prévue à l'article 5.5 et selon la même répartition employeur/salarié.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné, le salarié supportant le versement des cotisations correspondantes.

Cependant, l'employeur conserve la possibilité de continuer à verser sa part s'il le souhaite.

L'employeur maintiendra dans ce cas l'affiliation du salarié concerné et le versement des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme désigné en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme désigné de la déclaration faite par l'entreprise.

Article 6.2

Cessation des garanties

Les garanties cessent sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties frais de santé (cf. article 7), et sous réserve du maintien éventuel à titre individuel des garanties :

- en cas de rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 7

Maintien des garanties ouvrant droit à portabilité

Les garanties frais de santé issues d'un contrat collectif souscrit par l'employeur sont maintenues, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 7.1

Bénéficiaires de la portabilité

Bénéficiaire de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du contrat mis en place par l'entreprise ;
- de l'ouverture de leurs droits à couverture dans l'entreprise avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail ;
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

L'ancien salarié devra, mensuellement, fournir le justificatif de l'ouverture de ses droits aux régimes d'assurance chômage à l'assureur. A défaut, aucun remboursement ne sera dû.

Article 7.2

Garanties maintenues

Dans le cadre de la portabilité, l'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime, sans dissociation possible, au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Article 7.3

Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de 12 mois ;
- à la date de reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur choisi par l'entreprise.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Les ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre d'un contrat collectif souscrit par l'employeur bénéficient également du maintien des garanties, et ce tant que l'ancien salarié a droit à la portabilité.

Article 7.4

Financement de la portabilité

Le maintien des garanties est à titre gratuit, c'est-à-dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. Le financement de la portabilité est mutualisé et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires versées pour les salariés en activité dans l'entreprise et leurs ayants droit.

Article 8

Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires

Les organismes assureurs recommandés par la branche, ou retenus le cas échéant par les entreprises, proposent l'adhésion à des contrats collectifs ou individuels d'assurance mettant en œuvre des régimes de frais de santé supplémentaires au régime conventionnel obligatoire, moyennant une tarification spécifique, dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Ces régimes prévoient des garanties supplémentaires de frais de santé au profit du salarié bénéficiaire du régime obligatoire (sous forme d'options supplémentaires au régime conventionnel obligatoire), ainsi que des garanties complémentaires au profit des ayants droit, bénéficiant d'une extension des garanties frais de santé au titre d'une couverture « duo » ou « famille » en application de l'article 5.3 du présent accord.

Article 9

Comité paritaire de suivi du régime

Un comité paritaire de suivi du régime est créé et est composé de deux membres par organisation syndicale de salariés signataires du présent accord ainsi que de deux membres dans la délégation patronale.

Il est chargé de piloter le régime de frais de santé de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses résultant du présent accord,

de vérifier la bonne gestion technique, financière et administrative du régime par les organismes d'assurance corecommandés, de préconiser toute mesure de nature à assurer l'équilibre du régime de frais de santé à la commission sociale paritaire de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

Il reçoit le rapport annuel remis par les organismes d'assurance corecommandés, analyse les remarques et propositions de ceux-ci et peut demander toutes études aux organismes d'assurance corecommandés de façon à apprécier l'équilibre du régime de frais de santé. En particulier, le comité est destinataire des rapports trimestriels d'activité de gestion administrative.

Ce comité se réunit au moins deux fois par an et son secrétariat est assuré par l'un des organismes assureurs corecommandés du régime.

Le comité est compétent pour suivre le régime de complémentaire frais de santé dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses résultant du présent accord, ainsi que le régime complémentaire de prévoyance dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses du 1^{er} avril 2015.

Il s'assure de la bonne gestion du régime et de la mise en œuvre de la politique de branche. Il peut émettre toutes préconisations et en informer la commission sociale paritaire afin qu'elle valide les orientations. Le comité de suivi est notamment destinataire des rapports annuels et fait part de ses observations et préconisations à la commission sociale paritaire.

Article 10

Durée et entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Article 11

Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai de 1 mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Article 12

Dénonciation de l'accord

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (employeurs ou salariés), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Article 13

Dépôt et extension

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires auprès des services du ministre chargé du travail et remis au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 1^{er} avril 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNICGV.

Syndicats de salariés :

CFE-CGC ;

FGTA FO ;

FNAF CGT.