

Brochure n° 3603

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 7012. – PERSONNEL DES CENTRES ÉQUESTRES**

AVENANT N° 89 DU 15 OCTOBRE 2015

NOR : *AGRS1697007M*  
IDCC : 7012

Entre :

Le GHN ;

Le SNETE,

D'une part, et

La CFTC-Agri ;

La FGA CFDT ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FGTA FO ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les organisations syndicales d'employeurs et de salariés se sont réunies afin d'envisager la mise en place d'une couverture complémentaire de remboursement de frais de santé obligatoire (ci-après « le régime de complémentaire santé »).

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche à une couverture en matière de remboursements de frais de santé de qualité (au-delà de la couverture minimale visée à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale), les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont souhaité organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur recommandé, après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence.

L'objectif poursuivi par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés a également été :

- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité à travers notamment le financement de prestations d'action sociale et d'actions de prévention ;
- d'assurer un bon équilibre à long terme du régime de complémentaire santé ;
- de mettre en place un régime conforme aux prescriptions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et des décrets pris en application de ces dispositions ;

- de permettre aux salariés affiliés au régime de complémentaire santé obligatoire de bénéficier de garanties optionnelles prenant place au sein d'un contrat d'assurance maladie surcomplémentaire, financé intégralement par le salarié (ci-après le régime de surcomplémentaire santé optionnel).

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise portant sur le même objet, met à la charge de tous les employeurs entrant dans le champ d'application dudit accord l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions ci-après définies.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Objet*

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés au 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime d'assurance maladie légalement obligatoire.

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont souhaité recommander un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de remboursement de frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives obligatoires auprès de l'organisme choisi. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

## **Article 2**

### *Champ d'application*

Le présent accord s'applique aux employeurs et salariés relevant du champ d'application professionnel et géographique de la convention collective nationale du personnel des centres équestres.

## **Article 3**

### *Salariés bénéficiaires*

#### 3.1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés, non affiliés à l'AGIRC, des établissements équestres relevant du présent accord, sans condition d'ancienneté.

#### 3.2. Suspension du contrat de travail

##### 3.2.1. Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

##### 3.2.2. Suspensions du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaire, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires (par exemple, les salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création

d'entreprise ou les salariés en état d'invalidité) ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé.

Ils pourront toutefois continuer, s'ils le souhaitent, à bénéficier du régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, dans les conditions fixées aux contrats de garanties collectives, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

### 3.3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Toutefois, sans remise en cause du caractère obligatoire du régime et conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés suivants ont la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés ou 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 ou 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 ou 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 qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de l'un de ces dispositifs. La dispense d'adhésion ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Les salariés devront produire tous documents attestant la souscription d'un contrat individuel et sa date d'échéance ;
- les salariés bénéficiant, pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, de prestations servies :
  - dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire remplissant les conditions mentionnées au 6<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale à condition, lorsque le salarié est couvert en qualité d'ayant droit, que le dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ; ce cas de figure concerne également les couples salariés au sein de la même entreprise, l'un des deux membres du couple pouvant être couvert en qualité d'ayant droit ;
  - dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
  - dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Dans tous les cas, ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date de mise en place du régime ou d'embauche.

La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En outre, les salariés sont tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an (et ce avant le 31 janvier de chaque année), les informations permettant de justifier de leur situation.

En tout état de cause, à défaut de demande écrite et de justificatif adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire santé.

S'agissant des établissements équestres non adhérents aux contrats de garanties collectives souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé :

- ils devront, s'ils le souhaitent, formaliser leur volonté d'appliquer tout ou partie de ces dérogations au caractère obligatoire au sein de l'acte juridique de mise en place de leur régime, au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. A défaut, les salariés ne pourront pas se prévaloir des différents cas de dispense ;
- en cas de formalisation du régime de complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur, la mise en œuvre éventuelle des dispenses s'entend sans préjudice de l'application le cas échéant des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

### 3.4. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

#### 3.4.1. Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail (sauf pour cause de faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien des garanties complémentaires santé obligatoires et, le cas échéant, optionnelles dans les mêmes conditions que les salariés en activité, à la condition notamment que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Dans tous les cas, le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

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

Ce maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

Les modalités d'application de ce dispositif de portabilité des droits sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

#### 3.4.2. Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé obligatoire, instituée par le présent accord, sera maintenue par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture

de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de maintien des garanties dont ils bénéficient au titre du dispositif de portabilité ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur recommandé, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

## **Article 4**

### *Financement*

#### 4.1. Structure de la cotisation

Les salariés et employeurs acquittent la cotisation destinée à financer le régime complémentaire santé obligatoire.

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire français, à savoir :

- l'adhérent ;
- les ayants droit suivants :
  - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
  - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20<sup>e</sup> anniversaire ou leur 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
  - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de complémentaire santé obligatoire auprès de l'organisme assureur recommandé peuvent adhérer, à titre facultatif, à un régime de surcomplémentaire santé optionnel, dans les conditions fixées par le contrat de garanties collectives souscrit à cet effet.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture optionnelle est à la charge exclusive du salarié. Les ayants droit du salarié, couverts au titre du régime obligatoire, bénéficieront automatiquement des garanties optionnelles dans les conditions fixées par le contrat de garanties collectives.

#### 4.2. Assiette de la cotisation

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le plafond mensuel de la sécurité sociale évolue chaque année par voie réglementaire.

A titre d'information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé pour l'année 2015 à 3 170 €.

#### 4.3. Taux et répartition des cotisations

##### 4.3.1. Régime de complémentaire santé obligatoire

La cotisation du régime complémentaire santé obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum et par le salarié à hauteur de 50 % maximum de la couverture obligatoire du présent accord.

Les établissements équestres non adhérents aux contrats d'assurance souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé devront appliquer *a minima* cette répartition aux régimes souscrits.

Cette répartition s'applique comme suit auprès de l'assureur recommandé.

#### Salariés relevant du régime de la MSA

(En pourcentage du PMSS.)

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Salarié	0,41	0,41	0,82
Conjoint	0,82	–	0,82
Enfant (gratuit au 3 <sup>e</sup> )	0,60	–	0,60

#### Salariés relevant du régime local de la MSA

(En pourcentage du PMSS.)

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Salarié	0,225	0,225	0,45
Conjoint	0,45	–	0,45
Enfant (gratuit au 3 <sup>e</sup> )	0,33	–	0,33

#### 4.3.2. Régime surcomplémentaire santé optionnel

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture optionnelle ainsi que ses évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

A titre informatif, les taux de cotisations sont fixés pour 2016 comme suit :

#### Salariés relevant du régime de la MSA

(En pourcentage du PMSS.)

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Salarié	0,25	–	0,25
Conjoint	0,25	–	0,25
Enfant (gratuit au 3 <sup>e</sup> )	0,15	–	0,15

#### Salariés relevant du régime local de la MSA

(En pourcentage du PMSS.)

	COTISATION SALARIALE	COTISATION PATRONALE	COTISATION GLOBALE
Salarié	0,14	–	0,14
Conjoint	0,14	–	0,14
Enfant (gratuit au 3 <sup>e</sup> )	0,09	–	0,09

#### 4.4. Evolution ultérieure de la cotisation du régime de complémentaire santé obligatoire

Les taux de cotisations, mentionnés au 4.3.1, fixés à la mise en place du régime sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2017 à législation constante.

En cas de hausse des cotisations suite à un changement de législation, y compris au titre de la période de maintien des taux visée ci-dessus, celles-ci évoluent automatiquement selon la répartition fixée dans le présent accord dans la limite de 10 % de la cotisation totale. Au-delà de ce plafond, une nouvelle négociation sera engagée afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime (évolution des cotisations et/ou des prestations du régime).

En revanche, toute évolution des cotisations fixées au 4.3.1 liée à la sinistralité du régime (en cas de résultats déficitaires ou excédentaires) fera l'objet d'une négociation afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime. Toute modification sera formalisée par avenant au présent accord.

## **Article 5**

### *Prestations*

#### 5.1. Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé (obligatoire et optionnel) est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre du contrat de garanties collectives souscrit avec l'organisme assureur recommandé, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions liées à la réglementation relative aux « contrats responsables ». Toute modification législative ou réglementaire en la matière sera automatiquement répercutée par voie d'avenant au présent accord, de telle sorte que le régime de complémentaire santé reste conforme aux règles fixées par l'article L. 871-1 précité et les textes pris en application de ces dispositions.

Les établissements non adhérents au contrat de garanties collectives souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront, en tout état de cause, mettre en place un régime de complémentaire santé dont le niveau de chaque prestation (ligne de garanties par ligne de garanties) est au moins aussi favorable que le niveau de couverture minimale obligatoire instituée par le présent accord.

#### 5.2. Prestations non contributives

Les parties décident d'affecter 2 % de la cotisation du régime de complémentaire santé obligatoire et optionnel au financement d'actions de prévention ainsi qu'à des prestations d'action sociale.

Dans ce cadre, il est instauré un fonds d'action sociale destiné à financer des prestations à caractère non directement contributif prenant la forme de prestations d'action sociale. Ce fonds est notamment destiné à permettre l'attribution de secours et aides financières exceptionnelles, sous conditions de ressources, au profit des bénéficiaires du régime. La part du financement de ce fonds est égale à 1 % de la cotisation du régime de complémentaire santé.

Parallèlement, il est prévu le financement d'actions spécifiques de prévention, à hauteur de 1 % de la cotisation du régime de complémentaire santé.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission nationale paritaire de suivi au sein d'un règlement spécifique.

#### 5.3. Mise en œuvre des prestations non contributives pour les établissements équestres non adhérents

Les établissements équestres non adhérents à l'organisme assureur recommandé devront permettre à leurs salariés de bénéficier d'une action sociale à travers la mise en œuvre de mesures d'action sociale définies par une liste établie par la commission nationale paritaire de suivi.



## Article 6

### *Commission paritaire nationale de suivi du régime*

Le régime est piloté par la commission nationale paritaire de suivi dont sont membres les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés représentatives et signataires du présent accord, dans les conditions ci-après définies.

#### 6.1. Rôle et compétences

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier, au minimum deux fois par an, les documents, rapports financiers et analyses commentées, établis et communiqués par l'organisme assureur recommandé ;
- d'assurer un suivi de la consommation médicale ;
- de veiller au bon équilibre du régime complémentaire santé ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime en cas de résultats déficitaires ou excédentaires ou en cas de hausse de plus de 10 % de la cotisation totale suite à un changement de législation, et de proposer toutes mesures, préventives ou correctrices, à la commission paritaire nationale (CPN), pour améliorer les résultats des contrats de garanties collectives et enrayer tout risque de déficit structurel ;
- de proposer, étudier et soumettre à la CPN toutes modifications corrélatives au présent accord et aux contrats de garanties collectives.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole technique et financier.

#### 6.2. Composition

La commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé est composée :

- de deux représentants (un titulaire et un suppléant) désignés par organisation syndicale de salariés signataire du présent accord ;
- de un nombre de représentants des employeurs égal à celui des représentants des salariés désignés ou disposant du même nombre de voix, désignés par les organisations professionnelles d'employeurs représentatives et signataires du présent accord.

## Article 7

### *Organisme assureur recommandé*

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux établissements équestres entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties « complémentaire santé » :

APGIS, institution paritaire de prévoyance régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale, 12, rue Massue, 94300 Vincennes.

Les modalités d'organisation de la recommandation et notamment le choix de l'organisme recommandé sont réexaminés par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

## Article 8

### *Entrée en vigueur. – Durée de l'accord. – Dépôt et extension*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.



Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales. Les parties signataires demandent son extension.

## **Article 9**

### *Révision*

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérent au présent accord pourra demander à tout moment la révision du présent accord.

La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer.

La commission paritaire nationale de suivi se réunira pour étudier les propositions de modifications dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de la demande de révision.

En tout état de cause, les modifications, soumises à la CPN et validées par celle-ci, devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient.

## **Article 10**

### *Dénonciation*

La dénonciation du présent accord peut intervenir à tout moment sous réserve d'un préavis de 3 mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

La commission paritaire nationale de suivi se réunira alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager et de soumettre à la CPN l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Fait à Paris, le 15 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE

### GARANTIES COLLECTIVES « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE » ET « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OPTIONNELLE »

PRESTATIONS	Socle Obligatoire	Facultatif
	<i>En complément du régime obligatoire</i>	<i>En complément du régime obligatoire</i>
<b>HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>		
<b>Honoraires</b>		
Avec adhésion CAS	200% BR	
Sans adhésion CAS	100% BR	
<b>Frais de séjour</b>	200% BR	
Chambre particulière	50 €	
Chambre particulière ambulatoire	20 €	
Forfait journalier	FRAIS REELS	
Lit accompagnant enfant moins de 16 ans	30 €	
<b>MEDECINE COURANTE</b>		
Consultation, visite de généraliste	TM	
Consultation, visite de spécialiste avec adhésion CAS	80% BR	plus 70% BR
Consultation, visite de spécialiste sans adhésion CAS	60% BR	plus 40% BR
Acte d'imagerie médicale, échographie	TM	
Analyses	TM	
Auxiliaires médicaux	TM	
Actes techniques médicaux avec adhésion CAS	80% BR	
Actes techniques médicaux sans adhésion CAS	60% BR	
<b>PHARMACIE</b>		
Pharmacie remboursée à 65% / SS	TM	
Pharmacie remboursée à 30% / SS	TM	
Pharmacie remboursée à 15% / SS	TM	
<b>DENTAIRE</b>		
Soins conservateurs	TM	
Inlays Onlays	60% BR	
Prothèses dentaires remboursées par la SS	220% BR	plus 80% BR
Inlay Core	80% BR	
Orthodontie acceptée par la SS	80% BR	plus 100% BR
Orthodontie refusée par la SS		plus 100% BR
<b>OPTIQUE</b>		
Monture – Adulte	80 €	
Monture – Enfant (-18 ans)	60 €	
<b>UNIFOCAL ADULTE (par verre)</b>		
BR 2,29	60 €	
BR 3,66	80 €	

Autres BR	100 €	
<b>MULTIFOCAL ADULTE (par verre)</b>		
BR 7,32	100 €	plus 30 €
BR 10,37	150 €	plus 30 €
Autres BR	180 €	plus 30 €
<b>UNIFOCAL ENFANT (par verre)</b>		
BR 12,04	55 €	
BR 14,94	75 €	
Autres BR plus multifocaux	90 €	
Lentilles acceptées, refusées, jetables	100 €	
Chirurgie de l'œil au laser		forfait 400€par oeil
<b>ORTHOPEDIE, PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES</b>		
Prothèses auditives	500 €/oreille une fois par an	
Grand appareillage	100% BR	
Orthopédie, autres prothèses non dentaires	150% BR	
<b>AUTRES POSTES</b>		
Transport	TM	
Actes de Prévention	oui TOUS	
Maternité - Adoption		10% PMSS (X2 si multiples)
Cures thermales acceptées par la SS		10% PMSS
<b>ACTES HORS NOMENCLATURE</b>		
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, éthiopathie		15€par séance 3 fois/an

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

FR : Frais Réels

CAS : Contrat d'accès aux soins