

ACCORD COLLECTIF D'ENTREPRISE INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

ENTRE LES SOUSSIGNEES

L'entreprise NTN-SNR ROULEMENTS, dont le siège social est situé 1 Rue des Usines 74000 Annecy, immatriculée au RCS de d'Annecy, sous le numéro 325 841 072 représentée par M. L, en sa qualité de Directrice des Ressources Humaines, dénommée ci-après « l'Entreprise »,

d'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives de salariés :

- le syndicat CFDT représenté par M. en sa qualité de Délégué Syndical Central;
- le syndicat CFE-CGC représenté par M. R en sa qualité de Délégué Syndical Central;
- le syndicat CGT représenté par M. Patrice SEGAUD en sa qualité de Délégué Syndical Central ;
- le syndicat SUD représenté par M. E en sa qualité de Délégué Syndical Central;

d'autre part.

Handwritten initials:
DS
PS
ST

PREAMBULE

Les salariés de l'entreprise NTN-SNR ROULEMENTS bénéficient depuis plusieurs années d'un régime de remboursement de frais de santé mis en place par accord collectif du 11 septembre 2009.

Le régime en place remplit les conditions permettant à l'entreprise et aux salariés de bénéficier d'un régime social et fiscal avantageux et doit notamment être considéré comme étant « responsable ».

Le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 a défini le nouveau cahier des charges des contrats responsables. Ces dispositions impactent fortement notre régime en place. Pour continuer à bénéficier des avantages qui découlent d'un tel régime et en application du décret cité précédemment, une étude a été menée auprès de plusieurs porteurs de risques afin de rechercher le meilleur rapport garantie/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime.

A l'initiative de l'entreprise, les Organisations Syndicales Représentatives et la Direction se sont réunies le 28 Octobre et les 7 et 12 Novembre 2019 en vue de redéfinir les garanties applicables au sein de l'Entreprise.

Les parties à l'accord ont pris la décision de matérialiser les modifications apportées au régime dont bénéficie l'ensemble du personnel en matière de remboursement complémentaire de frais médicaux selon les modalités ci-après.

Article 1

Objet

Le présent accord a pour objet l'adhésion des salariés visés à l'article 2.1 ci-après, au contrat collectif d'assurance souscrit à cet effet par l'entreprise auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées à titre informatif.

Article 2

Adhésion des salariés

2.1 Salariés bénéficiaires

Les garanties « Frais de santé » bénéficient à l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, à compter de leur inscription dans les effectifs de l'entreprise.

Les ayants droits des salariés bénéficieront également des remboursements de « frais de santé », sous réserve de remplir les conditions posées dans le contrat d'assurance souscrit par NTN-SNR ROULEMENTS.

TV ES
DS² PS

2.2 Caractère obligatoire de l'adhésion et dispenses

2.2.1 Principe

L'adhésion des salariés, visés à l'article 2.1, au régime Frais de santé (régime de base), est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

2.2.2 Dispenses

Cependant, les salariés suivants auront, quelle que soit leur date d'embauche, la faculté de refuser leur adhésion au régime, et ce à tout moment :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3. 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 ;
Dans ce cas, les salariés devront solliciter, **par écrit**, auprès de la Direction des Ressources Humaines de l'entreprise, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et, le cas échéant, produire tout justificatif requis.
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- 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, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiant dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie 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 le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, étant précisé que pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :
 - o régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale ;

EB PS TV
DS 3 DT

- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;
- 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 ;
- dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- 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 ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Les salariés souhaitant bénéficier de l'une de ces dispenses devront en faire la demande par écrit en retournant le bulletin joint au présent accord auprès de la Direction des Ressources Humaines de l'entreprise, accompagné des justificatifs nécessaires :

- pour les salariés nouvellement embauchés, dans les 15 jours suivant l'embauche
- pour les salariés bénéficiant d'une dispense nécessitant la production de justificatifs sur plusieurs années, ils devront par la suite justifier de la couverture dont il bénéficie chaque année au plus tard le 30 novembre 2019.

La Direction des Ressources Humaines rappellera chaque année, par une communication collective, cette obligation. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime de base.

Les salariés sollicitant le bénéfice de ces dispenses voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront à l'avenir solliciter le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de frais de santé. Ainsi, en cas de dépenses de santé, les salariés dispensés ainsi que, le cas échéant, leurs ayants droit, ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du présent régime.

En cas d'évolution de la réglementation rendant impossible le maintien de l'une ou de plusieurs de ces dispenses sans remise en cause des exonérations sociales et fiscales, la (ou les) dispense(s) concernée(s) seront automatiquement supprimée(s).

2.2.3 Suspension du contrat de travail

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.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime frais de santé. Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

PS DS 4 AS
 72 ED

2.3 Portabilité

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime de « frais de santé » 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 (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

Le droit à portabilité est ainsi subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Ce maintien de garanties sera financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité.

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 3

Garanties

Les garanties, qui sont annexées au présent accord à titre purement informatif, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour l'entreprise, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1 et L.242-1 II, 4° et L.862-4 du Code de la sécurité sociale ainsi que des articles 83, 1° quater, et des textes pris en application de ces dispositions.

En cas de modifications de la réglementation applicable, le présent régime sera modifié en conséquence pour continuer de respecter les règles fiscales et sociales.

Article 4

Cotisations

4.1 Taux, répartition, assiette des cotisations

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de frais médicaux couvrant le salarié est exprimés en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ou PMSS (soit 3377€ pour l'année 2019). Ce plafond est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

La cotisation prise en charge par l'entreprise (part patronale), qui s'exprime en %, est fixée à 54%. A cela s'ajoute la participation du CSE d'une valeur de 86.56€ par an soit, 7.13€ par mois.

RS
PS TV
DS⁵ ✓

4.1.1 Régime de base (obligatoire)

Par mois	Taux de cotisation globale 2020	Part patronale	Part CSE	Part Salariale
Salarié	1.253% PMSS (soit 42.33€ sur la base du PMSS 2019)	54% (soit 22.86€ sur la base du PMSS 2019)	7.13€ par mois	12.34€/ mois (sur la base du PMSS 2019)

4.1.2 Régime facultatif (Option)

Les salariés ont la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives, sous réserve qu'ils règlent l'intégralité de la cotisation y afférente.

4.2 Evolution ultérieure de la cotisation

Compte tenu de la mise en conformité du 100% santé de notre régime et la nécessité d'une remise à l'équilibre de nos comptes, il est convenu une majoration complémentaire maximale de 3.5% en 2021, si les résultats observés le nécessitent.

Les éventuelles augmentations futures des cotisations seront réparties entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée à l'article 4.1 du présent accord.

Article 5

Information

5.1 Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, l'entreprise remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de l'entreprise seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

5.2 Information collective

Il est convenu d'assurer le suivi du présent accord par l'institution d'une commission de suivi composée comme suit :

- deux représentants par Organisation Syndicale signataire du présent accord, dont au moins un Délégué Syndical
- Un ou des représentants de la Direction

LES
RS DS DT

La commission de suivi se réunira au minimum 2 fois par an. Chargée d'assurer un suivi du présent accord, elle aura notamment pour mission :

- d'examiner et analyser les comptes de résultats du régime
- de proposer les actions préventives, d'information et de sensibilisation des salariés en vue de maintenir l'équilibre du régime dans le cadre du plan de maîtrise des dépenses de santé.

A cette fin, la Commission recevra une copie des rapports annuels sur les comptes établis par l'organisme assureur.

Le temps passé dans ces réunions est assimilé à du temps de travail et ne s'impute pas sur les crédits d'heures de délégation des mandats pouvant être détenus par ailleurs par les représentants désignés à cette commission.

Dans le but de responsabiliser le personnel sur la consommation médicale, l'entreprise publiera au moins une fois par an une note de synthèse sur le régime afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport sinistres/primes et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

Article 6

Organisme prestataire

Ce régime a fait l'objet d'un contrat souscrit par NTN-SNR ROULEMENTS. Toute démarche, qui conduirait à remettre en cause l'organisme prestataire, peut être initiée soit par l'entreprise, soit par le Comité Social et Economique avec un vote majoritaire. Dans tous les cas, elle est effectuée avec l'accord de l'entreprise.

Article 7

Durée-Révision-Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 01/01/2020.

7.1 Clause de rendez-vous

En cas de modification substantielle de la réglementation applicable des matières traitées par le présent accord, les parties signataires s'engagent à se rencontrer dans un délai de 3 mois suivant la demande de l'une des parties signataires en vue d'entamer des négociations relatives à l'adaptation du présent accord.

PS
TL
DS
DS

7.2 Révision de l'accord

À la demande d'une ou plusieurs organisations syndicales signataires, il pourra être convenu d'ouvrir une négociation de révision du présent accord dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 2261-7-1 du Code du Travail. Cette négociation de révision sera systématiquement ouverte si la demande en est faite par la Direction.

La demande de révision devra être notifiée aux parties signataires par courrier électronique ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

7.3 Communication de l'accord

Une fois signé, un exemplaire du présent accord sera transmis aux Organisations Syndicales représentatives.

Article 8

Dépôt et publicité

Conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et suivants du Code du Travail, le présent accord sera déposé par la Direction de la Société sur la plateforme « Télé-Accords » et un exemplaire sera adressé auprès du greffe du conseil de prud'hommes d'Annecy.

À ce dépôt sera jointe une version de l'accord ne comportant pas les noms et prénoms des négociateurs et des signataires, en application de l'article L. 2231-5-1 du Code du Travail relatifs à la publicité des accords.

A Annecy, le 15 novembre 2019

Fait en 3 exemplaires originaux, dont deux pour les formalités de publicité.

72 EIS
DJ Dr
15 8

Pour l'entreprise NTN-SNR ROULEMENTS

Madame El

Pour les organisations syndicales représentatives :

- le syndicat CFDT représenté par M.  en sa qualité de Délégué Syndical Central;

- le syndicat CFE CGC représenté par M.  en sa qualité de Délégué Syndical Central;

- le syndicat CGT représenté par M. Patrice SEGAUD en sa qualité de Délégué Syndical Central ;

- le syndicat SUD représenté par M.  en sa qualité de Délégué Syndical Central;

Annexes à titre informatif :

Tarifs 2020

Résumé des garanties.

TL
DS

TARIFS 2020 – UNIPREVOYANCE

REGIME DE BASE

Par mois	Taux de cotisation globale 2020	Part patronale	Part CSE	Part Salariale
Salarié	1.253% PMSS (soit 42.33€ sur la base du PMSS 2019)	54% (soit 22.86€ sur la base du PMSS 2019)	7.13€ par mois	12.34€/ mois (sur la base du PMSS 2019)

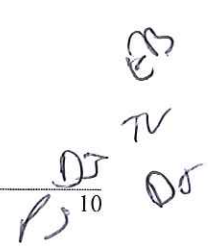
Par mois	Part Salariale*
+ Enfant(s)	0.997% PMSS (soit + 33.66€ sur la base du PMSS 2019)
+ Conjoint	1.272% PMSS (soit + 42.95€ sur la base du PMSS 2019)
+ Conjoint et Enfant(s)	2.274% PMSS (soit + 76.79€ sur la base du PMSS 2019)

*Valeur qui s'ajoute à la cotisation salarié(e) du régime de base.

OPTION

Par mois	Part Salariale**
Salarié	1.259% PMSS (soit + 42.51€ sur la base du PMSS 2019)
+ Enfant(s)	2.44% PMSS (soit + 82.40€ sur la base du PMSS 2019)
+ Conjoint	2.5% PMSS (soit + 84.42€ sur la base du PMSS 2019)
+ Conjoint et Enfant(s)	3.57% PMSS (soit + 120.55€ sur la base du PMSS 2019)

**Valeur qui s'ajoute à la cotisation du régime de base retenue en cas de choix de l'option.



GARANTIES ALPES AU 01/01/2020

NATURE DES GARANTIES (en complément des prestations de la SS)		Base	Option (Y compris la base)
HOSPITALISATION (y compris maternité)			
Forfait journalier hospitalier		100% du forfait	100% du forfait
Honoraires (médicaux, chirurgicaux, maternité)	Médecins adhérents DPTAM Médecins non adhérents DPTAM	TM+60%/BR TM+40%/BR	TM+200%/BR TM+100%/BR
Frais de séjour	Secteur conventionné ou non	Frais réels	Frais Réels
Chambre particulière (médicale, chirurgicale, maternité)	Secteur conventionné ou non	100€/jour	100 €/jour
Frais d'accompagnement Adulte ou enfants		Prise en charge limitée à 60 jours/an en soins de suite, réadaptation ou psychiatrie	Prise en charge limitée à 60 jours/an en soins de suite, réadaptation ou psychiatrie
Forfait maternité : Indemnité par enfant déclaré (dans la limite des frais réels)		61€/jour	61€/jour
		0 €	0 €
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX (Consultations, visites, actes techniques, Radiologie, Echographie, Ostéodensitométrie, Actes de chirurgie en cabinet)			
Généralistes,	Médecins adhérents DPTAM	TM+40%/BR	TM+100%/BR
	Médecins non adhérents DPTAM	TM+20%/BR	TM+80%/BR
Spécialités, Actes de chirurgie en cabinet	Médecins adhérents DPTAM	TM+40%/BR	TM+100%/BR
	Médecins non adhérents DPTAM	TM+20%/BR	TM+80%/BR
Radiologie, Echographie, Ostéodensitométrie, actes techniques	Médecins adhérents DPTAM	TM+40%/BR	TM+85%/BR
	Médecins non adhérents DPTAM	TM+20%/BR	TM+65%/BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX		TM	TM
ANALYSES et EXAMENS DE LABORATOIRE		TM	TM
MEDICAMENTS		TM+50%/BR	TM+200%/BR
MATERIEL, MEDICAL (Appareillage - Prothèses médicales)		50% BR + 200 €	50% BR + 500 €
FAUTEUIL ROLLANT			
TRANSPORT	Transport (accepté par la Sécurité Sociale)	TM	TM
OPTIQUE (tout forfait est à entendre SS incluse)			
Renouvellement à compter de la date d'acquisition :			
- tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et +			
- tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans			
- tous les 6 mois enfants -6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans			
Exceptions :			
- renouvellement anticipé pour raisons médicales			
- 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si in老érance			
Le para-chage verres 100%/santé "Classe A" et monture "Classe B / tarif libre" est possible.			
EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE A"		100% PLVSS	100% PLVSS
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE B / tarif libre"			
Equipement composé de deux verres différents : le platond est obtenu en divisant par deux la somme des équipements correspondant à chacun des deux verres			
Equipement monture + 2 verres simples		320 €	380 €
Equipement monture + 2 verres complexes		480 €	600 €
Equipement monture + 2 verres très complexes		480 €	600 €
Dont monture seule		100 €	100 €
Lentilles	Lentilles remboursées par la SS	100%FR-SS	100%FR-SS
	Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	180 €/an	210 €/an
		500€/œil	800€/œil
Chirurgie corrective du défaut de la vision			

* Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre bleu que définissent au même alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including a large '15' and some illegible scribbles.

GARANTIES ALPES AU 01/10/2020

DENTAIRE		100%/PLVSS	100%/PLVSS
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES ELIGIBLES AU PAVIER 100% SAINTE *			
SOINS NON ELIGIBLES AU PAVIER 100% SAINTE (tarif maîtrisé ** ou tarif libre ***) , Inlay, Onlay			
PROTHESES DENTAIRES NON ELIGIBLES AU PAVIER 100% SAINTE (tarif maîtrisé ** ou à tarif libre ***)	Prothèses dentaires remboursées par la SS	330% BR pour les dents visibles 230 % pour les dents non visibles	430% BR pour les dents visibles 250% BR pour les dents non visibles
	Inlay core	330% BR pour les dents visibles 230 % pour les dents non visibles	430% BR pour les dents visibles 250% BR pour les dents non visibles
Prothèses hors paniers	Prothèses dentaires non remboursées par la SS	330€/prothèse	393€/prothèse
	Implantologie non remboursées par la SS		
Parodontologie	non remboursée par la SS	500 €/an	1000 €/an
Orthodontie	Orthodontie remboursée par la SS	375€/acte	500€/acte
	Orthodontie non remboursée par la SS	0	0
* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires préventifs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix limite de vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale			
** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires préventifs autres que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix limite de vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale			
*** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires préventifs dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.			
AIDE AUDITIVE (jusqu'au 31-12-2020)			
Prothèses auditives		1130€/an/bénéficiaire	1580€/an/bénéficiaire
AIDE AUDITIVE (à partir du 1er janvier 2021) dans la limite d'un équipement par oreille toutes les 4 années glissantes (à partir de la délivrance de l'appareil)			
EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PAVIER 100% SAINTE : "CLASSE 1"		100%/PLVSS	100%/PLVSS
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PAVIER 100% SAINTE : "CLASSE 2" : Prothèses auditives, piles et entretien,		1130€/an/bénéficiaire	1580€/an/bénéficiaire
* Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente - PLV) en application de l'article L.165-2 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale			
CURE THERMALE (acceptée par la Sécurité Sociale)			
Traitement et honoraires		TM	TM
		Secur non conventionné	TM
Voyage et hébergement (dans la limite des frais réels)		274€/an	274€/an
ACTES DE PREVENTION			
Participation assuré pour les actes techniques supérieurs à 120 €		Frais réels	Frais Réels
Ostéodentométrie non remboursée par la SS		85€/examen	100 €/examen
Vaccins prescrits non remboursés par la SS		Frais réels	Frais Réels
FIV non remboursée par la SS		260€/an	300 €/an
MEDICINES NON CONVENTIONNELLES			
Acupuncture, Chiropracteur, Diététicien, Homéopathe, Naturopathe, Ostéopathe, Pédiatru-Podologue, Psychologue, Sophrologue, Tabacologue		80€/an/bénéficiaire	200€/an/bénéficiaire
ASSISTANCE		Oui	Oui

Lexique :

BR = Base de Remboursement Sécurité Sociale - BRC = Base de Remboursement Conventionnée - BR2 = Base de Remboursement Reconstituée - TM = Ticket Modérateur

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée => désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la SS, notamment les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO)

(1) Sur présentation d'un justificatif

