

**Objet : Lettre avenant - Evolution des dispositions du régime d'assurance complémentaire des Frais de santé de vos salariés non cadres au 01/01/2014. Accord du 17 juin 2009, Picardie.**

Raison sociale 1  
Raison sociale 2  
Adresse 1  
Adresse 2  
CP Ville

Le jj/mm/aaaa

Madame, Monsieur,

Par accord du 17 juin 2009, les partenaires sociaux du secteur des **exploitations agricoles et des CUMA de Picardie, des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne et de la Somme, des entreprises des territoires de Picardie et des propriétaires forestiers de l'Aisne**, ont mis en place, à titre obligatoire, un régime d'assurance complémentaire santé au profit de vos salariés non cadres à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Les taux de cotisations avaient alors été fixés pour une durée de 3 ans.

Ces dernières années ont été marquées par l'augmentation des dépenses de santé et plus particulièrement de la part laissée à la charge des organismes assureurs complémentaires.

Conscients de cette situation, les partenaires sociaux se sont concertés avec les organismes assureurs gestionnaires de ce régime et ont décidé de prendre les mesures de nature à rétablir son équilibre et assurer sa pérennité. De ce fait, les tarifs actuels vont évoluer ainsi que certaines garanties (surlignées en jaune dans le tableau).

Par ailleurs, les partenaires sociaux signataires de l'accord du 17 juin 2009 ont convenu d'adapter la définition de la catégorie bénéficiaire aux dispositions du décret N°2012 – 25 du 9 janvier 2012, afin que votre contrat puisse continuer à bénéficier des avantages sociaux inhérents à la prévoyance collective obligatoire.

Ces dispositions concernent l'ensemble de vos salariés non cadres. **Il vous appartient donc de les en informer.** A cette fin, vous pouvez **leur remettre copies de l'annexe** « Evolution du régime complémentaire santé au 01/01/2014 », jointe au présent courrier.

Nous vous invitons par ailleurs à transmettre, s'il y a lieu, ces informations à votre expert comptable ou à votre centre de gestion.

Vous pouvez en outre consulter votre documentation contractuelle mise à jour sur le site, accessible sans identifiant : [www.anips.fr](http://www.anips.fr)

Toutes les autres dispositions du contrat sont sans changement.

Cette lettre, ainsi que son annexe, **ayant valeur d'avenant** et dont les dispositions prennent effet **le 01/01/2014**, s'incorporent à **votre contrat dont elles font désormais partie.**

Nos équipes de gestion se tiennent naturellement à votre disposition pour vous apporter toute précision complémentaire et vous pouvez les contacter au : 09 69 32 33 12.

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de nos salutations distinguées.

Pour l'Institution

ANNEXE à la lettre avenant - Evolution des dispositions du régime d'assurance complémentaire des Frais de santé de vos salariés non cadres au 01/01/2014. Accord du 17 juin 2009, Picardie.

**A REMETTRE A VOS SALARIES**

Informations également disponibles sur le site, accessible sans identifiant :  
[www.anips.fr](http://www.anips.fr)

**EVOLUTIONS DU REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE AU 01/01/2014**

**VOS COTISATIONS**

Les cotisations mensuelles du régime sont exprimées en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Situation de famille	Taux de l'accord (en % du PMSS*)	Montant total	Montant employeur	Montant salarié
Isolé	1,18%	36,92€ / mois	7,38€ / mois	29,54€ / mois
Famille	2,87%	89,80€ / mois	14,00€ / mois	75,80€ / mois

\* En 2014 : PMSS = 3 129€

**PRECISION SUR LA CATEGORIE BENEFICIAIRE**

Le régime s'applique :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention,
- ayant six mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise,
- et relevant du champ d'application de l'accord du 17 juin 2009.

## VOS GARANTIES ET VOS REMBOURSEMENTS

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessous s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (**BR**) au régime social de base français sauf mention contraire. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime social de base non comprise.

Le cumul des remboursements du régime social de base et de l'institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (**FR**). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

**PMSS** : Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 129€ pour l'année 2014 ; ainsi au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 1% PMSS est égal à 31,29€. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site <http://securite-sociale.fr> rubriques maladie/barème.

TYPES DE GARANTIES	REMBOURSEMENT DU REGIME SOCIAL DE BASE	REMBOURSEMENT DE L'INSTITUTION
<b>Frais Médicaux</b>		
✓ Consultations de médecins ou spécialistes, sages femmes	70%	60%
✓ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%
✓ Analyse, examens de laboratoire	60%	40%
✓ Radiographie, electro-radiographie	70%	40%
✓ Actes de prévention responsable	De 35 à 70%	De 30 à 65%
<b>Pharmacie</b>	De 15 à 100%	De 0 à 85%
<b>Optique</b>	<b>Voir les dispositions complémentaires en page suivante</b>	
✓ Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	60%	<b>Optique enfant (- 16 ans)</b> 390% BR + 300€ tous les ans
		<b>Optique adulte et enfant (16 ans et +)</b> 390% BR + 300€ tous les 2 ans
<b>Dentaire</b>	<b>Voir les dispositions complémentaires en page suivante</b>	
✓ Prothèse acceptée	70%	140% BR + 350€/an
✓ Frais de soins	70%	30%
<b>Appareillage</b>		
✓ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses	60%	40%
<b>Hospitalisation (secteur conventionné ou non)</b>		
✓ Frais de soins et séjours	De 80 à 100%	De 0 à 20%
✓ Chambre particulière	-	40 €/jour
✓ Dépassement d'honoraires	-	150%
✓ Forfait hospitalier	-	100% dès le 1 <sup>er</sup> jour
<b>Maternité (secteur conventionné ou non)</b>		
✓ Frais de soins et séjours	100%	-
✓ Dépassement d'honoraires et Chambre particulière	-	Crédit d'un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité
<b>Divers</b>		
Orthodontie acceptée	100%	200%
Ostéopathie	-	23€/consultation dans la limite de 4/an
Forfait Actes lourds	-	18€ frais réels
Frais d'accompagnement (lit+repas)	-	25€/jour limité à 10 jours/an sans limite d'âge
Frais de transport sur prescription	65%	150%

En surligné jaune les modifications à effet du 01 01 2014

2/3

ANIPS Immeuble Michelet – 4/8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex. Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés. Institution de Prévoyance agréée par Arrêté Ministériel du 17 octobre 1979. Régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

AGRI PRÉVOYANCE 21, rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08. Institution de Prévoyance régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du Code Rural et par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

## REMBOURSEMENTS DES FRAIS D'OPTIQUES ET DENTAIRE QUAND LES FRAIS SONT ENGAGÉS AUPRÈS DE PRATICIENS AYANT OU NON CONCLU UN ACCORD AVEC GROUPAMA

Pour ces frais, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès d'opticiens ou de chirurgiens dentistes ayant passé un accord avec GROUPAMA ou au contraire auprès de professionnels de santé n'ayant pas passé d'accord avec GROUPAMA, partenaire de l'Institution.

La structure dédiée mise à disposition par GROUPAMA, rembourse la partie complémentaire santé pour le compte de l'Institution, suivant le tableau ci-après.

Ce dernier définit les garanties applicables selon que les frais d'optique et dentaire sont engagés auprès de praticiens ayant ou non conclu un accord avec GROUPAMA.

**Cela étant, les affiliés et leurs ayants droit inscrits au contrat demeurent totalement libres de s'adresser aux professionnels de santé de leur choix.**

Les coordonnées de ces opticiens et chirurgiens dentistes ayant passé un accord avec GROUPAMA sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone indiqué à l'affilié sur les documents que lui communique l'Institution.

Types de garanties	Remboursements	
	Frais engagés auprès d'un praticien n'ayant pas passé d'accord avec GROUPAMA	Frais engagés auprès d'un praticien ayant passé un accord avec GROUPAMA
<b>Optique*</b>		
<b>Optique enfant (-16 ans)</b>		
Verres	390% BR + 300€/an	100% FR (prix négociés**)/an
Montures et lentilles prises en charge par le régime de base		250€/an
<b>Optique adulte et enfant (16 ans et +)</b>		
Verres	390% BR + 300€ tous les 2 ans	100% FR (prix négociés**) tous les 2 ans
Montures et lentilles prises en charge par le régime de base		250€ tous les 2 ans
<b>Dentaire</b>		
Soins (sauf Inlay/Onlay)	30% BR	100% FR
Inlay/Onlay	30% BR	30% BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	140% BR + 350€/an	160% BR + 350€/an

\*\* 100% du prix négocié avec les opticiens ayant passé un accord avec GROUPAMA.

En surligné jaune les modifications à effet du 01 01 2014

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) au régime social de base français. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime social de base non comprise. Le cumul des remboursements du régime social de base et de l'institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

**\* Modalités de gestion particulières relatives au poste de garantie OPTIQUE – Cas de dérogations :**

→ Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le régime Frais de santé prévoit le versement d'une prestation par bénéficiaire, tous les 2 ans (année civile) avec toutefois deux possibilités de dérogation sur demande écrite au centre de gestion de l'Institution dont les coordonnées sont indiquées ci-après :

- En cas de changement de la vision supérieure à 2 dioptries, confirmé par le praticien au moyen d'une ordonnance de moins de 6 mois, à adresser au centre de gestion de l'Institution,
- ou,
- En cas de casse avérée, non prise en charge au titre de la garantie proposée par l'opticien au moyen d'une déclaration sur l'honneur certifiant la casse, accompagnée de la facture de l'opticien, à adresser au centre de gestion de l'Institution ci-après.

→ Pour les enfants de moins de 16 ans, le régime Frais de santé prévoit le versement d'une prestation par bénéficiaire tous les ans (année civile), sous réserve d'en faire la demande par écrit au centre de gestion de l'Institution,

**Société de gestion de Prestations Santé - ANIPS - BP 40189 - 86962 FUTUROSCOPE CEDEX- Téléphone : 09 69 32 33 12**

3/3

ANIPS Immeuble Michelet – 4/8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex. Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés. Institution de Prévoyance agréée par Arrêté Ministériel du 17 octobre 1979. Régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

AGRI PRÉVOYANCE 21, rue de la Bienfaisance – 75382 Paris Cedex 08. Institution de Prévoyance régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du Code Rural et par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.