

**ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE  
SALARIES AGRICOLES NON CADRES<sup>(\*)</sup> DES ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS DE  
POLY CULTURE ET D'ÉLEVAGE, DES EXPLOITATIONS MARAÎCHÈRES ET DE CULTURES  
LÉGUMIÈRES DE PLEIN CHAMP ET DES CUMA DE L'EURE  
RELEVANT DE L'ACCORD DÉPARTEMENTAL DU 9 JUILLET 2009**

**GUIDE EMPLOYEUR**

**2017**

**Votre site dédié: [www.anips.fr](http://www.anips.fr)**

**Votre plate-forme de gestion dédiée: 09 69 32 33 12 (numéro non surtaxé)**

*(\*) salariés ne relevant pas de la Convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952, ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC*



## PREAMBULE

Vous êtes adhérent au régime Complémentaire santé des salariés agricoles non cadres<sup>(\*)</sup> des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure relevant de l'Accord départemental du 9 juillet 2009.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n° 1 du 25 septembre 2014, n° 2 du 11 décembre 2015 et n° 3 du 23 juin 2016. Par ce dernier avenant, les partenaires sociaux ont souhaité réviser en totalité les termes dudit Accord afin de l'adapter aux nouvelles obligations légales et réglementaires.

Ce régime est co-assuré par Agri Prévoyance (21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08) et l'ANIPS (Immeuble Michelet 4-8- Cours Michelet 92082 LA DEFENSE CEDEX) respectivement à hauteur de 50 %, l'ANIPS en étant l'apériteur.

**Ce guide employeur présente le fonctionnement de ce régime et décrit les formalités qui vous incombent.**

*(\*) Salariés ne relevant pas de la Convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952, ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC.*

## SOMMAIRE

<b>LES BENEFICIAIRES</b>	<b>3</b>
<b>LA GARANTIE</b>	<b>3</b>
<b>LA GESTION DE LA GARANTIE</b>	<b>3</b>
- <b>L'affiliation et la radiation de vos salariés</b>	<b>3</b>
- Notice d'information des salariés	4
- Cas de la transformation d'entreprise	4
- Dérogation: cas de dispense d'affiliation pour votre salarié	4
- Les ruptures de contrat	5
- <b>Le règlement des cotisations</b>	<b>5</b>
- <b>La gestion des prestations</b>	<b>6</b>
- Remboursement complémentaires des frais de santé	6
- Carte complémentaire de tiers payant	6
- <b>Le maintien de la garantie</b>	<b>6</b>
- En cas de suspension du contrat de travail	6
- En cas de rupture du contrat de travail	7
<b>LES COTISATIONS</b>	<b>8</b>
- <b>Statut fiscal et social des cotisations</b>	<b>8</b>
- Statut fiscal	8
- Statut social	8
- <b>Statut fiscal et social des prestations</b>	<b>8</b>
<b>TABLEAU DES GARANTIES</b>	<b>9</b>
<b>VOS CONTACTS</b>	<b>12</b>

## LES BENEFICIAIRES

Relèvent obligatoirement du régime, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation prévus ci-après, vos **salariés agricoles non cadres ne relevant pas** de la Convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952 ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois mois.

**Des dispositions spécifiques** sont prévues ci-après pour les personnes **en suspension de contrat de travail ou en rupture de contrat de travail**.

Les salariés bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite doivent également être affiliés au régime.

Le cas échéant, **les salariés ont la possibilité d'étendre à titre facultatif** la couverture Complémentaire santé à leurs ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfants et ascendants à charge).

**Vos salariés agricoles non-cadres titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, ne sont pas affiliables au régime d'assurance Complémentaire santé.**

Ces salariés devront souscrire à titre individuel un contrat complémentaire santé présentant un caractère « solidaire » et « responsable » pour la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils vous en fassent la demande dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un « versement santé », dans les conditions et limites définies aux articles D911-6 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Il est toutefois précisé que, ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C de l'ACS, d'une couverture collective complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

## LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer à vos salariés des remboursements complémentaires à ceux effectués par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) au titre du régime obligatoire de protection sociale.

Chaque salarié a la possibilité d'étendre la couverture prévue par le régime obligatoire à sa famille (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfant et ascendant à charge) à titre individuel et facultatif en choisissant l'extension « Famille ».

Le niveau et la nature des remboursements sont indiqués dans le tableau des garanties annexé à ce guide.

Par ailleurs, l'Accord prévoit également des services d'assistance pour vos salariés lesquels sont également définis dans l'annexe intitulée « Services associés » au présent guide.

## LA GESTION DE LA GARANTIE

**Afin d'assurer un service simple et efficace, l'ANIPS confie le soin à votre caisse de MSA d'effectuer l'appel et le recouvrement de l'ensemble des cotisations et le paiement des prestations santé sauf pour les frais d'optique et dentaires.**

**Les frais d'optique et dentaires sont réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama SA.**

Sur simple appel téléphonique au 09 69 32 33 12, nous vous transmettons les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau des professionnels de santé partenaires.

### L'AFFILIATION ET LA RADIATION DE VOS SALARIÉS

Vos salariés répondant à la définition ci-dessus pour bénéficier du régime seront **automatiquement affiliés** au régime par votre caisse de MSA.

Dans le cas où le salarié souhaite étendre la couverture Complémentaire santé à ses ayants droit, vous devrez lui faire remplir un bulletin de choix de l'extension facultative famille et déclaration des ayants droit afin de désigner nominativement ses ayants droit à garantir.

Ce bulletin devra être renvoyé dûment complété et signé à la Caisse de MSA dont relève le salarié.

### **NOTICE D'INFORMATION DES SALARIÉS**

Vous devez remettre à chacun de vos salariés la notice d'information adressée par l'ANIPS.

### **CAS DE LA TRANSFORMATION D'ENTREPRISE**

Dans le cas où un salarié n'aurait pas été affilié automatiquement par la caisse de MSA au contrat Complémentaire santé, en particulier en cas de transformation d'entreprise, vous devez effectuer **une déclaration auprès de votre caisse de MSA** afin de régulariser rétroactivement la situation.

### **DÉROGATION : CAS DE DISPENSE D'AFFILIATIONS DE VOTRE SALARIÉ**

**Votre salarié s'il se trouve dans un des cas ci-dessous, a la possibilité, de se dispenser, à son initiative, de son obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L.911-7 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale :**

- 1° s'il bénéficie d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du code précité (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle il cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° s'il est couvert par une assurance individuelle de frais de santé au moment de son embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° s'il bénéficie, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
  - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
  - b) Dispositif de garanties prévu 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 ou 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 (mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales) ;
  - c) 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 (contrats d'assurance de groupe dits « Madelin ») ;
  - d) 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 ;
  - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

**En outre, votre salarié peut demander une dispense d'affiliation au contrat, s'il se trouve dans un des cas ci-dessous :**

- 1) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3) salarié à temps partiel et apprenti, dont l'adhésion au système de garanties le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation santé représente moins de 10% de sa rémunération brute de façon pérenne, il devra alors cotiser obligatoirement à la Complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, vous décidez de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

### **Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise :**

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, ou dans deux entreprises relevant du régime mis en place par l'Accord départemental du 9 juillet 2009, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas de dispenses précitées, la mise en œuvre de la dispense d'affiliation ne peut avoir lieu que **sur demande écrite** de votre salarié.

Pour ce faire, il devra compléter et signer le formulaire mis à sa disposition par l'Institution sur son site : [www.anips.fr](http://www.anips.fr), dans la rubrique « accords de la production agricole ».

**Sa demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de sa situation.**

**Votre salarié devra produire chaque année ces justificatifs. A défaut, il sera affilié au contrat et la cotisation sera due.**

Lorsque votre salarié ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, il doit vous en informer. L'affiliation à l'assurance Complémentaire santé prendra alors effet obligatoirement à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant.

Pour les cas de dispense précitées, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par vous ni par votre salarié.

**Vous devez informer votre caisse de MSA, des cas de dispenses et de leur cessation et conserver les justificatifs.**

Pour ce faire, vous devez utiliser le formulaire mis à votre disposition par l'Institution sur son site [www.anips.fr](http://www.anips.fr).

### **LES RUPTURES DE CONTRAT**

Concernant la gestion de vos sorties de personnel, la déclaration de rupture auprès du régime obligatoire de protection sociale vaut pour le régime Complémentaire santé. Ainsi, pour radier un salarié, il suffit de déclarer auprès de la MSA au plus tard le jour de son départ, par fax ou par courrier, ainsi qu'auprès de l'ANIPS dans un délai de 10 jours :

- le nom et le prénom du salarié concerné,
- son numéro de sécurité sociale.

**L'admission éventuelle au régime des ayants droit du salarié, à titre facultatif, prend également fin à la date de cessation de son affiliation.**

### **LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS**

L'appel des cotisations est **réalisé conjointement** à l'appel de cotisations du régime obligatoire de protection sociale par votre caisse de MSA.

**Vous devez prélever la part de cotisation due par votre salarié et l'indiquer sur son bulletin de salaire.**

Pour tout problème concernant l'appel de cotisations, nous vous invitons à adresser un courrier à votre caisse de MSA ou téléphoner à votre correspondant habituel.

### **Cotisation afférente à l'«Extension famille» facultative**

La cotisation relative à l'Extension famille facultative souscrite éventuellement par votre salarié est à la charge exclusive de ce dernier. Elle est payable par prélèvement automatique par la Caisse de MSA directement sur son compte bancaire.

### **LA GESTION DES PRESTATIONS**

#### **REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS DE SANTÉ**

La caisse de MSA de votre salarié rembourse **conjointement** la part obligatoire et la part complémentaire sans formalité particulière, exception faite des frais de prothèses dentaires et d'optique réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama SA.

#### **CARTE COMPLÉMENTAIRE DE TIERS PAYANT**

La caisse de MSA porte les droits complémentaires sur la Carte Vitale du salarié, ce qui le dispense dans la plupart des cas de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par l'Institution.

**Dans le cas où un salarié sort de l'effectif de l'entreprise, il doit restituer cette carte papier de tiers payant à l'ANIPS et vous devez lui demander de bien vouloir mettre sa Carte Vitale à jour dès que la caisse de MSA l'invitera à le faire.**

## **LE MAINTIEN DE LA GARANTIE**

### **EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

#### **1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée :**

L'affiliation de vos salariés à l'assurance Complémentaire santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence 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 financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale complémentaire.

Ce maintien est accordé tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ou le versement d'indemnités journalières complémentaires.

Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

**Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture facultative de ses ayants droit.**

#### **2 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée :**

L'affiliation de vos salariés à l'assurance Complémentaire santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat de travail sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire de votre part, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à plein temps ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à la Caisse de MSA au plus tard un mois après le début de la période de suspension du contrat de travail de votre salarié. Vous devez pour cela communiquer, les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date, la durée et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

A défaut d'apporter l'information auprès de la MSA concernant la situation de suspension du contrat de travail de votre salarié, vous serez tenu de procéder durant la période de versement des prestations complémentaires frais de santé au paiement intégral des cotisations correspondantes.

**Dans tous les cas, vos salariés demeurent redevables de la cotisation correspondant à la couverture facultative des ayants droit.**

Après cette 1<sup>ère</sup> période de 3 mois, les salariés considérés peuvent pendant la période de suspension de leur contrat de travail restant à courir, demander à la Caisse régionale Groupama, partenaire de l'institution dont ils relèvent, à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation et ce sans pouvoir prétendre à une participation de votre part.

Pour être recevable, la demande d'adhésion au contrat individuel doit parvenir à la Caisse régionale Groupama, au plus tard un mois après la cessation de leur affiliation au contrat collectif.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le salarié auprès de la Caisse régionale Groupama, des cotisations depuis cette date.

Le tarif appliqué au contrat individuel est identique à celui du contrat collectif.

Dès la date de reprise de son activité, le salarié bénéficie à nouveau du contrat collectif.

## **EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL**

### **1 – MAINTIEN AU TITRE DE LA PORTABILITÉ (ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ISSU DE LA LOI N°2013-504 DU 14 JUIN 2013)**

#### **Bénéficiaires**

Le bénéfice de l'assurance Complémentaire santé est maintenu, à compter de la cessation du contrat de travail, à vos anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu pour l'un des motifs énumérés ci-après et remplissant les conditions suivantes :

- Etre indemnisé par le régime de l'assurance chômage, quel que soit l'origine de la cessation du contrat de travail,
- Avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie avant la rupture de son contrat de travail.

Donne droit à maintien des garanties :

- tout licenciement sauf en cas de faute lourde,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai,
- l'arrivée à terme du CDD,
- la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
- la démission légitime,
- la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite maximale de 12 mois.**

#### **Modalités de mise en œuvre**

Vous devez signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informer la CMSA de la cessation du contrat de travail du salarié concerné dans les 30 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail ainsi que la durée maximale de ce maintien.

Au terme de ce maintien, les dispositions prévues ci-après dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, seront applicables.

### **2- MAINTIEN AU TITRE DE LA LOI « EVIN » (ARTICLE 4 DE LA LOI N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989)**

#### **Bénéficiaires**

Les personnes suivantes peuvent bénéficier d'un maintien de la couverture santé complémentaire, à titre individuel, proposé par votre Caisse régionale Groupama :

- l'ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite,
- l'ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,
- l'ancien salarié dont le contrat de travail rompu, bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité percevant à ce titre des prestations en espèces de la CMSA,
- l'ayant droit d'un salarié (ou ancien salarié) décédé, sous réserve d'avoir été inscrit au contrat à la date du décès.

#### **Modalités de mise en œuvre**

Vous devez informer l'ANIPS de la cessation du contrat de travail du salarié concerné dans les 10 jours.

La proposition d'un maintien individuel de garanties leur en sera faite dans un délai de 2 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail ou à l'issue de leur période de maintien au titre de la portabilité, ou de la date du décès.

L'intéressé devra accepter cette proposition dans un délai de 6 mois suivant la cessation de son contrat de travail ou de son maintien temporaire de garantie au titre de la portabilité.

Il est précisé que si votre ancien salarié était bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de la portabilité à la date de son décès, les ayants droit doivent faire la déclaration du décès **dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance.**

Les prestations et les cotisations seront dues à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre de la portabilité ou de la date du décès. **Aucune autre date ne pourra être acceptée.**

## LES COTISATIONS

Les cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS\*). Ces pourcentages pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du régime.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations est de :

Situation de famille	Taux de l'accord (PMSS*)	Taux d'appel (PMSS*)	Part employeur	Part salarié
Salarié seul	1,15 %	0,978 %	50 % de la cotisation dans la limite de 15,98 €/mois (indexée sur le PMSS*)	50 % de la cotisation dans la limite de 15,97 €/mois (indexée sur le PMSS*)
Extension famille à titre facultatif	2,26 %	1,921 %	0 €	62,80 €/mois

\* PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2017 : 3 269 €)

### STATUT FISCAL ET SOCIAL DES COTISATIONS

#### **STATUT FISCAL**

Pour votre entreprise, les cotisations patronales à un régime collectif obligatoire de Complémentaire santé constituent une charge déductible pour la détermination de votre résultat imposable.

Pour vos salariés, les cotisations salariales à un régime collectif obligatoire de frais de santé n'entrent pas dans l'assiette pour le calcul de l'impôt sur le revenu dans la limite de l'enveloppe rappelée ci-après.

En revanche, les cotisations patronales sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination de l'impôt.

Les cotisations sont déductibles dans la limite de 5% du montant annuel du salaire plafond de la Sécurité sociale, plus 2% de la rémunération brute annuelle, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2% de 8 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

Les cotisations patronales sont soumises à la CSG (7,5%) et à la CRDS (0,5%), au 1<sup>er</sup> euro.

#### **STATUT SOCIAL**

Les cotisations patronales versées à un régime collectif obligatoire de prévoyance (y compris la Complémentaire santé) sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale à hauteur d'une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6% du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et de 1,5% de la rémunération, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder 12% de ce même plafond.

Les contributions de prévoyance complémentaire sont soumises au forfait social de 8% dans les entreprises de plus de 10 salariés (Les entreprises de moins de 11 salariés ne sont pas soumises au forfait social).

### STATUT FISCAL ET SOCIAL DES PRESTATIONS

Les remboursements de l'assurance Complémentaire santé ne sont soumis ni à l'impôt sur le revenu ni à cotisations de Sécurité Sociale.

**CE GUIDE N'A QU'UNE VALEUR INDICATIVE, IL EST RÉDIGÉ EN FONCTION DES PARAMÈTRES JURIDIQUES ACTUELLEMENT EXISTANTS.**



## TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent en fonction du ticket modérateur ainsi que sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale 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. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :
<b>Frais médicaux</b>	
Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes	
▪ adhérent à un DPTAM <sup>(1)</sup>	100 % TM + 70 % BR
▪ non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR
Actes de spécialités	
▪ médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR
▪ médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR
Sages-femmes	100 % TM + 70 % BR
Auxiliaire médicaux	100 % TM + 60 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % TM + 60 % BR
Cure thermale prise en charge par le RO	
▪ Frais d'hospitalisation actes médicaux	100 % TM
▪ Indemnité pour frais d'hébergement et de transport, par an et par personne assurée	125 €
Radiographie, électroradiologie	
▪ médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 70 % BR
▪ médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 50 % BR
Actes de prévention responsable	100 % TM
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie remboursée à 65% - 30% - 15 % par le RO	100 % TM
<b>Optique</b>	
<i>Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150€ et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période d'un an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</i>	
<b>CHEZ LES OPTICIENS NON PARTENAIRES SEVEANE</b>	
Verres simples <sup>(2)</sup>	230 €
Verres mixtes simple/complexe <sup>(3)</sup>	260 €
Verres mixtes simple/très complexe <sup>(4)</sup>	260 €
Verres complexes	290 €
Verres mixtes complexe/très complexe	290 €
Verres très complexes	300 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	100 % TM + 100 €
<b>CHEZ LES OPTICIENS PARTENAIRES SEVEANE</b>	
Verres simples	100 % des prix négociés <sup>(5)</sup>
Monture	150 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	100 % TM + 100 €

(1) DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'article 5-2

(2) verres simples : verres simple foyer dont la sphère de -6 à +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries,

(3) verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs,

(4) verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries,

(5) 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau SEVEANE et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires.

NATURE DES RISQUES (suite)	REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :
<b>Dentaire</b>	
<b>CHEZ LES DENTISTES NON PARTENAIRES SEVEANE</b>	
Soins <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hors inlay/onlay</li> <li>▪ Inlay/onlay</li> </ul> Orthodontie prise en charge par le RO Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Implantologie, par an et par personne assurée Parodontologie, par an et par personne assurée	100 % TM 100 % TM + 195 % BR 100 % TM + 200 % BR 200 € 100 % TM + 195 % BR 200 € 75 €
<b>CHEZ LES DENTISTES PARTENAIRES SEVEANE</b>	
Soins <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hors inlay/onlay</li> <li>▪ Inlay/onlay</li> </ul> Orthodontie prise en charge par le RO Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core) Implantologie, par an et par personne assurée Parodontologie, par an et par personne assurée	100 % FR 100 % TM + 245 % BR 100 % TM + 200 % BR 200 € 100 % TM + 245 % BR 400 € 150 €
<b>Appareillage</b>	
Prothèses médicales et orthopédiques (hors audioprothèses) - Frais d'appareillage (hors optique) Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO par équipement Avec un supplément par oreille et par période de 3 ans :	100 % TM + 60 % BR 100 % TM 150 €
<b>Hospitalisation (secteur conventionné ou non)</b>	
Frais de séjour <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Secteur conventionné</li> <li>▪ Secteur non conventionné</li> </ul> Honoraires - Actes de chirurgie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin adhérent à un DPTAM</li> <li>▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)</li> </ul> Chambre particulière, par jour Forfait hospitalier Frais d'accompagnement (lit +repas), par jour Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100 % FR 100 % TM + 80 % BR TM + 180 % BR TM + 100 % BR 50 € 100 % FR 30 € 100 % TM + 65 % BR
<b>Maternité (secteur conventionné ou non)</b>	
Dépassement d'honoraires <sup>(1)</sup> et chambre particulière <sup>(1)</sup> pour les honoraires des praticiens Non adhérent à un DPTAM, dans la limite de TM + 100 % BR <sup>(2)</sup> PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale soit 3 269 € au 1er janvier 2017. Au 1 <sup>er</sup> janvier 2017, 1 % PMSS est égal à 32,69 €.	33 % PMSS <sup>(2)</sup> par bénéficiaire et par maternité

NATURE DES RISQUES (suite)	REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :
<b>Prévention et santé au quotidien</b>	
Actes de prévention responsable pris en charge par le RO  Vaccins et moyens contraceptifs, prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée Substituts nicotiques pris en charge par le RO, par an et par personne assurée Consultations diététiques, par an et par personne assurée Ostéopathie - Chiropractie par séance et par personne	100 % BR dans la limite du remboursement au titre de l'un des postes prévus ci-avant selon la nature de l'acte concerné  50 €  50 €  28 €  20 €/consultation dans la limite de 2 séances par an
Assistance <sup>(*)</sup>	Inclus
Tiers payant	Inclus

(\*) Assistance 7 jours sur 7 en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile : services d'une aide ménagère, approvisionnement des médicaments, assistance et garde des enfants, soutien scolaire.

## VOS CONTACTS

Pour tous renseignements ou questions relatives :

- **Aux cotisations :**
  - votre caisse de MSA
  
- **Pour toute autre question :**
  - ANIPS – GROUPAMA GAN VIE  
CS 40189 86962 FUTUROSCOPE Cedex  
Téléphone : 09 69 32 33 12 (appel non surtaxé)  
De 8h30 à 18h00 du lundi au vendredi

