

**ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET DES CUMA DE PICARDIE,
DES EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES DE L' AISNE,
DES ENTREPRISES DES TERRITOIRES DE PICARDIE ET
DES PROPRIÉTAIRES FORESTIERS DE L' AISNE
RELEVANT DE L' ACCORD RÉGIONAL DE PICARDIE DU 17 JUIN 2009**

GUIDE EMPLOYEUR

2020

Votre site dédié: www.anips.fr

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

Anips

EN PARTENARIAT AVEC



PRÉAMBULE

Vous êtes adhérent au régime Complémentaire santé des salariés non cadres^(*) des exploitations agricoles et activités connexes de la région Picardie relevant de l'Accord régional du 17 juin 2009.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n° 1 du 4 avril 2013, n° 2 du 13 juin 2014, n° 3 du 16 octobre 2015, n° 4 du 30 août 2016, n° 5 du 5 octobre 2018 et n° 6 du 9 octobre 2019.

Le présent guide intègre les dispositions de ces avenants et les nouvelles dispositions concernant les garanties Frais de santé issues de l'avenant n° 6 à l'Accord National du 10 juin 2008 et les évolutions apportées en 2019 par les partenaires sociaux à l'Accord National du 10 juin 2008 et prend en compte les dernières dispositions légales et réglementaires, notamment la réforme dite du « 100 % santé » garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements en optique, dentaire et audiologie, à compter du 1^{er} janvier 2020.

Ce régime est coassuré par Agri Prévoyance (21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08) et l'ANIPS (2 boulevard de Pesaro - Immeuble West Park 2 - 92024 Nanterre) respectivement à hauteur de 60 % et 40 %, l'ANIPS étant apériteur.

Ce guide employeur présente le fonctionnement de ce régime tel que prévu par l'Accord régional du 17 juin 2009 et ses avenants et décrit les formalités qui vous incombent.

() Salariés 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.*

SOMMAIRE

LES BÉNÉFICIAIRES

LA GARANTIE

LA GESTION DE LA GARANTIE

- **L'affiliation et la radiation de vos salariés**
 - Notice d'information des salariés
 - Cas de la transformation d'entreprise
 - Dérogation: cas de dispense d'affiliation pour votre salarié
 - Les ruptures de contrat
- **Le règlement des cotisations**
- **La gestion des prestations**
 - Remboursement complémentaires des frais de santé
 - Carte complémentaire de tiers payant
- **Le maintien de la garantie**
 - En cas de suspension du contrat de travail
 - En cas de rupture du contrat de travail

LES COTISATIONS

- **Statut fiscal et social des cotisations**
 - Statut fiscal
 - Statut social
- **Statut fiscal et social des prestations**

TABLEAU DES GARANTIES

VOS CONTACTS

LES BÉNÉFICIAIRES

Relèvent obligatoirement du régime, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation prévus ci-après, vos **salariés non cadres ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947**, 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 non cadres titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission, tous les deux d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, ne sont pas affiliables au régime d'assurance Complémentaire santé. Vous remplissez votre obligation de couverture Complémentaire santé à l'égard de vos salariés concernés, au moyen du Dispositif Versement santé conformément à l'Accord régional du 17 juin 2009.

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.

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

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 et ce **dès le 1^{er} jour de leur embauche** (nouvelle disposition depuis le 1^{er} janvier 2019).

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.

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.

DÉROGATION : CAS DE DISPENSE D’AFFILIATION DE VOTRE SALARIE

Votre salarié s’il se trouve dans un des cas ci-dessous, a la possibilité au moment de l’embauche ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° ci-après, 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 (CMU-C) ou d’une aide à l’acquisition d’une complémentaire santé en application de l’article L.863-1 (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’État 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’État 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 supérieure à trois mois et 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.

La mise en œuvre d’un de ces cas de dispense 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, 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. À 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 jour où il ne remplit plus les conditions de dispense.

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

Vous devez informer l'Institution qui transmettra à votre caisse de MSA, des cas de dispense et de leur cessation et conserver les justificatifs. Pour ce faire, vous devrez utiliser le formulaire mis à votre disposition par l'Institution sur son site www.anips.fr.

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 régional du 17 juin 2009, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

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. Il est **effectué à terme échu, trimestriellement** pour les entreprises de 9 salariés au plus et **mensuellement** pour les entreprises de plus de 9 salariés.

En cas de défaut de paiement, ces cotisations sont soumises aux mêmes règles de recouvrement que les cotisations d'assurances sociales.

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.

Prorata des cotisations

Depuis le 1^{er} janvier 2019, tous vos salariés étant affiliés au régime Frais de santé dès le 1^{er} jour de leur embauche, un prorata des cotisations à l'entrée du salarié dans l'entreprise doit être effectué.

Cette cotisation proratisée est calculée de la façon suivante :

$$\text{montant de la cotisation mensuelle} \times \frac{(\text{nombre de jours calendaires dans le mois} - \text{n}^\circ \text{ du jour de début du contrat de travail}) + 1}{\text{nombre de jours calendaires dans le mois}}$$

Il n'y a pas de prorata de cotisation à la sortie du salarié, lors de sa radiation du régime. La cotisation reste due pour le mois entier, le salarié restant couvert jusqu'au dernier jour du mois concerné.

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 de l'optique réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama Assurances Mutuelles, que les frais soient engagés dans le cadre des réseaux des praticiens ayant passé un accord avec Groupama ou non.

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.

Au terme de ce maintien de 3 mois, le salarié peut demander à continuer à bénéficier des garanties Complémentaire santé définies dans l'Accord régional, sous réserve qu'il s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation au titre du régime collectif sans pouvoir prétendre à une participation de votre part.

Le montant de la cotisation est identique à celui appliqué pour le salarié dans l'Accord régional.

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

EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

- **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 :

- Être 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 a 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 Évin, seront applicables.

- 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 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.

Au 1^{er} janvier 2020, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations est de :

Situation de famille	Taux de l'accord (PMSS*)	Part employeur 50 % de la cotisation Salarié seul (indexée sur le PMSS*)	Part salarié (indexée sur le PMSS*)
Salarié seul	1,142 %	19,58 €/mois	19,57 €/mois
Extension Famille à titre facultatif	1,931 %	0 €	66,19 €/mois
Total si Option Extension Famille à titre facultatif souscrite	3,073 %	19,58 €/mois	85,76 €/mois

*A titre indicatif, en 2020 : PMSS = 3 428 €

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^{er} 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 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'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 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.

		PRESTATIONS
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	conventionné	100 % TM
	non conventionné	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour dans la limite par an et par personne assurée de :		25 €
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		10 Jours
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		40 Euros
Hospitalisation à l'étranger (RO français ⁽²⁾)		120 % BR
LE + MATERNITÉ		
Indemnité de naissance ^(*) , par maternité		33 % PMSS
(*) Pour les dépassements d'honoraires des praticiens non adhérent à un DPTAM, dans la limite de 100 % TM + 100 % BR		
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	60 % BR
	non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	40 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM
Honoraires paramédicaux		
- Sages-femmes		60 % BR
- Autres auxiliaires médicaux		100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Médicaments :		
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM
- Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
Matériel médical :		
- Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		40 % BR
- Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		40 % BR
- Grand appareillage médical		40 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		150 % BR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		30 Euros par séance 4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :		
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI
AIDES AUDITIVES		
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Équipements 100 % santé⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé		
Prothèses auditives prises en charge par le RO dans la limite par oreille de :		40 % BR 1 700 Euros

PRESTATIONS	
OPTIQUE	
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽⁴⁾	
Équipement 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) dès 2020
Équipements hors 100 % santé (dont maximum 100 € pour la monture) :	Opticien partenaire Sévéane
	NON
	OUI
Équipement optique : 1 monture et 2 verres	Adulte Enfant
- Verres simples	330 Euros 330 Euros
- Verres mixtes simple-complexe	360 Euros 375 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe	365 Euros 375 Euros
- Verres complexes	390 Euros 450 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe	395 Euros 450 Euros
- Verres très complexes	400 Euros 450 Euros
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 100 Euros
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation
Soins et prothèses hors 100 % santé :	Dentiste partenaire Sévéane
	NON
	OUI
- Soins	100 % TM 100 % FR
- Inlays / Onlays	100 % TM + 25 % BR
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO : avec un supplément par an et par personne assurée de :	140 % BR 160 % BR 350 Euros 350 Euros
Orthodontie prise en charge par le RO	200 % BR
Implantologie dentaire par an et par personne assurée	NON GARANTI
Parodontologie, par an et par personne assurée	NON GARANTI
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN	
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	INCLUS

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux plafonds et planchers prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € Maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 800 € dont 100 € au maximum pour la monture

- 5 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau Sévéane et l'Institution dans les limites des plafonds et garanties réglementaires

Commentaires annexes

Limitations liées à l'optique

Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Définitions des verres simples, complexes et très complexes

Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement du RO.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

TM : Ticket modérateur

RO : Régime obligatoire de protection sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 428 € pour l'année 2020.

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 9h à 12h et de 13h30 à 17h30 du lundi au vendredi

Anips

EN PARTENARIAT AVEC

