

**ACCORD RELATIF A LA MISE EN PLACE
D'UNE COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE DES AGENTS STATUTAIRES
DES INDUSTRIES ELECTRIQUES ET GAZIERES**

Préambule

Afin de répondre à une attente forte des salariés, les partenaires sociaux se sont accordés pour améliorer significativement le niveau des remboursements de frais de santé et porter celui-ci au niveau des garanties dont bénéficient les salariés des grands groupes français.

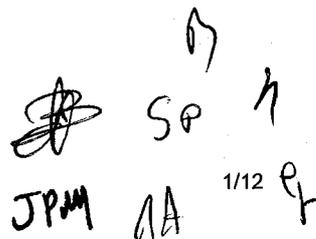
Attentifs à la pérennité du dispositif, les signataires du présent accord ont choisi de s'inscrire dans la démarche des contrats solidaires et responsables et de mettre en place un pilotage paritaire pour la couverture supplémentaire maladie, objet du présent accord.

La mise en place de cette couverture supplémentaire, mutualisée au niveau de la branche professionnelle, s'inscrit dans le cadre de la modernisation de la protection sociale maladie des agents des IEG qui a été engagée avec l'évolution du régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières (IEG) en 2007.

Article premier : objet de l'accord

Le présent accord a pour objet :

- d'instituer une couverture supplémentaire maladie, couverture collective à adhésion obligatoire, pour les agents statutaires en activité des entreprises et des organismes des industries électriques et gazières, conformément aux dispositions du livre IX du code de la sécurité sociale et dans le cadre des dispositions permettant de bénéficier d'un régime fiscal et social favorable pour les contributions finançant la couverture mise en place,
- de proposer, à titre facultatif, le bénéfice de ce régime aux conjoints non ayants droit à la couverture supplémentaire maladie obligatoire,
- d'organiser la mise en place, par les organismes assureurs désignés à l'issue de la procédure de consultation, d'un régime d'accueil à adhésion facultative et individuelle, pour les anciens salariés statutaires des industries électriques et gazières visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dont le contrat de travail est rompu postérieurement à la date de mise en place de la couverture supplémentaire maladie,
- de définir en annexe les prestations assurées par les organismes assureurs,
- de déterminer le financement des prestations entrant dans la couverture supplémentaire maladie obligatoire, d'une part, et, d'autre part, celui des prestations relevant d'une adhésion facultative et individuelle.


JPJM SA h
NA 1/12 e

Article 2 : Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises et organismes dont tout ou partie des salariés sont soumis au statut national du personnel des industries électriques et gazières.

Article 3 : Bénéficiaires de la couverture supplémentaire maladie

3.1. Définition des agents statutaires ouvrants droit

Sont couverts à titre obligatoire les agents en activité au sein des entreprises et organismes soumis au statut national du personnel des industries électriques et gazières, ouvrants droit du régime spécial d'assurance maladie des IEG tels que définis au 1° du I de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 mars 2007 relatif au régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières.

Aucune condition d'ancienneté n'est requise.

L'affiliation des agents statutaires ainsi définis à la couverture supplémentaire maladie est obligatoire et résulte de la signature du présent accord. Elle s'impose dans les relations individuelles de travail et les agents concernés ne peuvent en conséquence s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation, y compris lorsque leur conjoint est lui-même ouvrant droit de la couverture supplémentaire maladie des IEG.

Les agents déjà couverts à titre obligatoire par la couverture de frais de santé de leur conjoint ne sont pas dispensés d'affiliation à la couverture supplémentaire maladie des IEG et doivent acquitter leur cotisation.

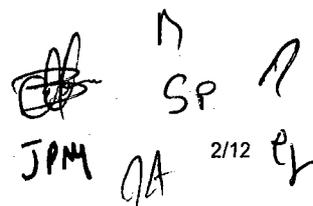
3.2. Définition des ayants droit

Sont couverts à titre obligatoire les enfants et le conjoint ayants droit du régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières, tels que définis au 1° et 2° du VI de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 mars 2007 relatif au régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières.

3.3. Incidences de la suspension du contrat de travail sur les garanties et les cotisations

3.3.1. Cas de maintien de la couverture à titre obligatoire

En cas de suspension du contrat de travail, la couverture supplémentaire maladie est maintenue sous réserve du versement des cotisations patronales et salariales prévues à l'article 5, dès lors que la suspension du contrat de travail fait l'objet d'un maintien total ou partiel de la rémunération par l'employeur ou que l'agent bénéficie d'une prestation financée par l'employeur.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. From left to right: a signature, the initials 'JPM', the initials 'QA', the initials 'SP', the initials '2/12', and a signature.

En cas d'invalidité de catégorie 2 ou 3, le bénéfice de la couverture supplémentaire maladie est maintenu à titre obligatoire pendant la période de suspension du contrat de travail sans contrepartie de cotisation salariale, ni patronale.

3.3.2. Cas de maintien de la couverture à titre facultatif

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, les agents ont la possibilité de demander à bénéficier de la couverture supplémentaire maladie à titre individuel et facultatif. Dans ce cas, les cotisations (part patronale et part salariale) sont à la charge exclusive des agents. Le précompte des cotisations n'est pas assuré par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à suspension du versement total ou partiel de la rémunération par l'employeur ou en cas de mise en invalidité de catégorie 1, l'assiette de calcul des cotisations est constituée de la rémunération principale, telle que définie au point 5.1. ci-après, perçue au cours des douze mois précédant la suspension du contrat de travail ou la mise en invalidité de catégorie 1.

3.4. Incidences de la rupture du contrat de travail sur les garanties et les cotisations

En cas de rupture du contrat de travail, l'agent cesse de bénéficier des prestations prévues par le présent accord, sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe suivant.

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation chômage, les agents qui n'ont pas liquidé leur pension de retraite des IEG gardent le bénéfice des prestations prévues par le présent accord pour une durée de 3 mois. Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'employeur et l'agent par le biais d'un précompte sur les derniers éléments de rémunération versés à l'agent avant son départ. Les cotisations acquittées au titre de cette période sont celles mentionnées à l'article 5 du présent accord.

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite ci-après « Loi Evin », les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, ainsi que les ayants droit garantis au titre d'un agent décédé disposeront d'un délai de six mois, à compter de la rupture de leur contrat de travail (ou du décès de l'agent), pour demander à bénéficier, à titre individuel et facultatif, des garanties prévues par le présent accord (adhésion au régime d'accueil « Loi Evin »), sans participation financière de l'employeur. En aucun cas, l'employeur ne pourra être appelé, à la date de signature du présent accord ou ultérieurement, à participer au financement des garanties souscrites par les bénéficiaires du régime d'accueil mis en place au titre de l'article 4 de la loi Evin.

Article 4 : Prestations

4.1. Prestations relatives à la couverture obligatoire

Le présent accord institue un remboursement supplémentaire des frais de santé, en complément de celui assuré par le régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières, à l'exclusion de toute prestation en espèces.

La couverture mise en place ainsi que le contrat d'assurance collectif « frais de santé » souscrit pour sa mise en œuvre par les groupements d'employeurs sont conformes aux

 SP 1
3/12
JIM ad

prescriptions des articles L. 871-1 (dispositif relatif aux contrats responsables), L. 242-1, alinéa 6 et 8 du code de la sécurité sociale et des articles 83-1° quater et 995-16° du code général des impôts, afin que les contributions finançant la couverture supplémentaire maladie bénéficient du régime fiscal et social de faveur institué par ces dispositions.

La couverture sera adaptée si nécessaire pour respecter les conditions posées par la réglementation en vigueur afin que son financement continue à bénéficier de ce régime fiscal et social de faveur.

Les prestations, qui figurent en annexe 1 au présent accord, sont formulées en complément des remboursements du régime spécial des IEG.

Les garanties sont mises en œuvre sans délai de carence, ni questionnaire de santé.

4.2. Couverture facultative

Outre le régime d'accueil « Loi Evin » mentionné au point 3.4. et les situations visées au point 3.3.2., les conjoints (époux, partenaires de PACS ou concubins) des agents, non couverts en tant qu'ayants droit, pourront souscrire à titre individuel et facultatif des garanties de remboursement des frais de santé proposées par tout ou partie des organismes assureurs désignés à l'article 6 du présent accord.

L'employeur ne participe en aucun cas au financement des garanties à adhésion individuelle et facultative.

Article 5 : Financement

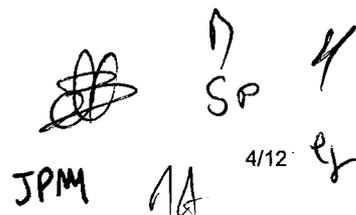
5.1. Financement de la couverture supplémentaire maladie obligatoire

La couverture supplémentaire maladie obligatoire est financée par une cotisation totale fixée en pourcentage de la rémunération principale (gratification de fin d'année comprise) limitée au plafond de la sécurité sociale, en distinguant une cotisation « isolé » et une cotisation « famille ».

Cette cotisation finance la totalité des sommes devant être perçues par les organismes assureurs et gestionnaire. A titre indicatif, à la date de signature du présent accord, elle finance le coût des garanties et des services associés, les frais de gestion et les contributions finançant la CMU et le vaccin H1N1.

La cotisation « famille » s'applique obligatoirement aux agents ouvrants droit auxquels sont rattachés un ou plusieurs ayants droit au sens de l'article 3.2. du présent accord. La cotisation « isolé » est due par les agents n'entrant pas dans la catégorie « famille ».

Les agents ouvrants droit ont l'obligation d'acquitter la cotisation (« isolé » ou « famille ») correspondant à leur situation de famille réelle, telle que définie à l'article 3.2. du présent accord. Dans le cas de couples constitués de salariés statutaires des IEG, et en présence d'enfants ayants droit, l'un des salariés acquitte une cotisation « famille » et l'autre une cotisation « isolé ». En l'absence d'enfants ayants droit, chacun des salariés acquitte une cotisation « isolé ».

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are four distinct marks: a large stylized signature, the initials 'SP', the initials 'JPM', and the initials 'NA'. A date '4/12' is written next to the 'NA' initials.

Le coût de la cotisation totale est réparti entre l'employeur (60 %) et le salarié (40 %).

Cotisations hors contributions au financement de la CMU et du vaccin H1N1 :

En % de la rémunération principale, dans la limite du plafond de la sécurité sociale	Cotisation « isolé »	Cotisation « famille »
Cotisation patronale	0,465 %	0,821 %
Cotisation salariale	0,310 %	0,547 %

A titre indicatif, à la date de signature du présent accord, les cotisations totales, incluant le financement de la CMU et du vaccin H1N1, s'élèvent à :

En % de la rémunération principale, dans la limite du plafond de la sécurité sociale	Cotisation « isolé »	Cotisation « famille »
Cotisation patronale	0,498 %	0,880 %
Cotisation salariale	0,332 %	0,586 %

En fonction des résultats techniques, une modification des taux de cotisations ci-dessus ne pourrait intervenir, au plus tôt, qu'au terme d'un délai de 18 mois à compter de la date de mise en place de la couverture supplémentaire maladie, sur la base des résultats des 12 premiers mois consolidés. Si nécessaire, une seconde évolution pourrait avoir lieu 12 mois après la première.

Cet ajustement des taux se ferait en fonction des résultats dans l'hypothèse où le ratio prestations / cotisations nettes se situerait en-dehors de la fourchette allant de 95 % à 105 %.

Ces deux ajustements éventuels seraient au maximum de 3 % chacun.

Par ailleurs, pour tenir compte des évolutions éventuelles futures de l'assurance maladie ou de la réglementation relative aux couvertures supplémentaires, les taux de cotisation pourront évoluer pour répercuter la juste valeur de l'impact éventuel des mesures à venir.

Ces évolutions éventuelles interviendront après validation par l'ensemble des membres du comité paritaire visé à l'article 8 ci-dessous.

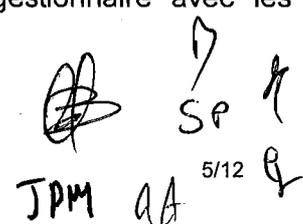
Au-delà d'une première période de trois ans, toute demande de révision de la cotisation et/ou des prestations par les organismes assureurs et/ou gestionnaire fera l'objet, le cas échéant, d'une négociation entre les signataires du présent accord dans les conditions prévues aux articles 8 et 13. Celle-ci porterait sur les prestations et/ou les cotisations.

Dans tous les cas, indépendamment des règles prévues ci-dessus, l'évolution, à la hausse ou à la baisse, du taux des contributions au financement de la CMU et du vaccin H1N1 sera automatiquement répercutée sur les taux de cotisation.

Ces évolutions de cotisation s'appliquent aux employeurs et aux salariés, pour les cotisations « isolé » et « famille », selon la répartition indiquée pour la cotisation initiale dans le présent accord.

Les cotisations salariales dues au titre de la couverture obligatoire sont précomptées sur la paie par les employeurs et versées par ceux-ci à l'organisme gestionnaire avec les cotisations patronales.

JPM AA 5/12



En tout état de cause, l'obligation de l'employeur est limitée au paiement des cotisations patronales prévues pour le financement de la couverture supplémentaire maladie obligatoire.

5.2. Financement des garanties souscrites à titre individuel et facultatif

Les garanties souscrites à titre individuel et facultatif dans les cas prévus au :

- point 3.3.2. (suspension du contrat de travail sans participation de l'employeur),
- dernier paragraphe du point 3.4. (rupture du contrat de travail),
- point 4.2. (couverture facultative)
- sont financées par les bénéficiaires, sans participation financière de l'employeur, sous quelque forme que ce soit.

Le résultat technique des garanties souscrites à titre individuel et facultatif n'est pas mutualisé avec le résultat technique de la couverture supplémentaire maladie obligatoire.

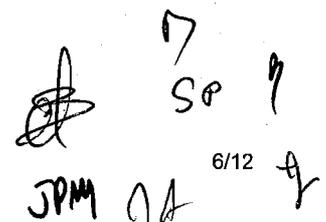
Article 6 : Désignation des organismes gestionnaire et assureurs

Pour la mise en place de la couverture supplémentaire maladie obligatoire, un contrat collectif d'assurance « frais de santé » est souscrit par les groupements d'employeurs de la branche des IEG avec les organismes suivants, dans le respect des dispositions s'appliquant aux contrats responsables et solidaires :

- MUTIEG, apériteur : garanties hospitalisation (hors forfait journalier, frais d'accompagnant et supplément pour chambre particulière), appareillage, cures thermales et prévention, pour une quote-part égale à 10 % du risque global mutualisé,
- PREVADIES : garanties soins courants, optique et dentaire, pour une quote-part égale à 70 % du risque global mutualisé,
- SMI : garanties hospitalisation relatives au forfait journalier, aux frais d'accompagnant et au supplément pour chambre particulière, pour une quote-part égale à 20 % du risque global mutualisé.

La gestion des prestations est confiée par les organismes assureurs au groupement de moyens qui sera constitué entre les organismes assureurs de la couverture supplémentaire maladie sous la forme juridique appropriée.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires du présent accord devront, dans un délai de cinq ans à compter de la mise en place de la couverture supplémentaire maladie, réexaminer le choix de l'organisme gestionnaire et des organismes assureurs. A cet effet, elles se réuniront au moins six mois avant l'échéance, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are several scribbles and initials, including what appears to be 'JPM', 'NA', and '6/12'.

Article 7 : Sort des couvertures existantes

Les entreprises de la branche qui disposeraient déjà, à la date d'entrée en vigueur du présent accord, d'une couverture de frais de santé obligatoire au sein de l'entreprise, offrant un complément aux remboursements du régime spécial à l'ensemble de leurs agents statutaires, à un niveau au moins équivalent poste par poste à la grille de prestations mise en place dans le cadre du présent accord, ont la possibilité de ne pas adhérer au contrat collectif mis en place au niveau de la branche professionnelle.

Si une ou plusieurs prestations de cette couverture d'entreprise étaient de niveau inférieur à celles prévues par le présent accord, l'entreprise concernée conserverait la possibilité d'adapter sa couverture d'entreprise en concertation avec les représentants du personnel.

Cette adaptation devrait en tout état de cause permettre d'atteindre au moins le niveau des prestations prévues par le présent accord, au plus tard six mois après la mise en place de la couverture supplémentaire maladie.

Si cette adaptation n'était pas réalisée dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord, les entreprises concernées auraient l'obligation d'adhérer au contrat collectif de branche.

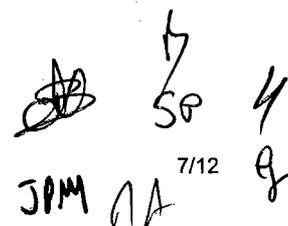
Les entreprises disposant d'une couverture d'entreprise plus favorable, selon les conditions précisées ci-dessus, à la date d'entrée en vigueur du présent accord pour une partie seulement de leurs agents statutaires auront l'obligation, dans les six mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord :

- soit de faire bénéficier l'ensemble de leur personnel statutaire de la couverture d'entreprise,
- soit d'adhérer au contrat collectif de branche pour l'ensemble du personnel statutaire.

Article 8 : Pilotage de la couverture supplémentaire maladie et suivi de l'accord collectif

Un comité paritaire sera mis en place pour assurer le pilotage de la couverture supplémentaire maladie obligatoire. Il assurera également le rôle de comité de suivi du présent accord collectif.

- Il sera composé d'un représentant par fédération syndicale signataire de l'accord et, en nombre égal, de représentants des groupements d'employeurs. Ne pourront être désignés membres du comité de pilotage et de suivi de la couverture supplémentaire maladie les partenaires sociaux prenant part d'une quelconque manière à la gouvernance ou à la gestion des organismes gestionnaire ou assureurs de la couverture supplémentaire maladie ou ayant un intérêt dans ceux-ci.
- En cas d'empêchement, le représentant de la fédération syndicale ou du groupement d'employeur concerné communiquera au préalable le nom de son remplaçant à la réunion du comité de pilotage et de suivi.
- Une formation technique sera organisée à l'intention des membres du comité de pilotage et de suivi de la couverture supplémentaire maladie dans les six mois suivant la mise en place de celle-ci.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are several scribbles and initials, including what appears to be 'JPM', 'NA', '7/12', and 'g'.

- Le comité de pilotage et de suivi est chargé :
 - d'examiner la situation de la couverture supplémentaire maladie obligatoire (évolution des produits et des charges, examen des comptes, évolution de l'environnement juridique, y compris les remboursements et les conditions d'exonération fiscale et sociale des contributions finançant la couverture supplémentaire maladie obligatoire, qualité du service rendu aux assurés, modifications des contrats demandées par les organismes assureurs ou le gestionnaire...);

Outre le rapport annuel sur les comptes, l'organisme apériteur transmettra au comité de pilotage et de suivi un point sur la situation de la couverture supplémentaire obligatoire chaque trimestre,

 - de proposer à la commission paritaire de branche (CPB) les modalités de réexamen des organismes prestataires désignés,
 - de proposer des actions d'information et de sensibilisation des agents statutaires en vue de maintenir l'équilibre de la couverture supplémentaire maladie obligatoire. Une information sur la situation financière de cette couverture supplémentaire sera publiée régulièrement à destination des agents statutaires.
 - le cas échéant, de soumettre aux parties signataires toute adaptation nécessaire ou souhaitable de l'accord mettant en place la couverture supplémentaire maladie obligatoire et/ou des contrats conclus avec les organismes prestataires, notamment en cas d'évolution des remboursements du régime spécial d'assurance maladie des IEG. En tout état de cause, les propositions transmises à la CPB devront préciser les moyens d'assurer l'équilibre entre, d'une part, les prestations et les frais de gestion et, d'autre part, les cotisations lorsque les propositions formulées ont pour effet d'accroître les charges.
- Le comité de pilotage et de suivi se réunira au moins deux fois par an pour faire le point sur la situation de la couverture supplémentaire maladie obligatoire.
- Pour l'exercice de ses missions, le comité de pilotage et de suivi pourra inviter l'organisme gestionnaire, les organismes assureurs et, en tant que de besoin, d'autres intervenants, tels que la CAMIEG, à participer à ses réunions.

Article 9 : Information des agents statutaires

Les employeurs remettront à chaque agent ouvrant droit de la couverture supplémentaire maladie obligatoire et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application et rappelant qu'à compter du départ en retraite, l'adhésion facultative et individuelle au régime d'accueil ne bénéficie d'aucun financement de la part de l'employeur.

Les agents ouvrants droit seront informés, préalablement et individuellement, selon la même méthode de toute modification des garanties.



 SP 4

 JPM

 AA 8/12

 er

Article 10 : Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 11 : Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur au 1^{er} octobre 2010 sauf si le comité paritaire prévu à l'article 8 du présent accord constatait que les conditions techniques requises pour la mise en place de la couverture supplémentaire maladie ne sont pas remplies. Dans cette hypothèse, la date d'entrée en vigueur serait fixée au 1^{er} janvier 2011.

Article 12 - Notification, dépôt et publicité

A l'issue de la procédure de signature et conformément aux dispositions du code du travail, le présent accord sera notifié aux cinq fédérations syndicales représentatives au niveau de la branche professionnelle des industries électriques et gazières.

A l'expiration d'un délai de quinze jours suivant cette notification, le présent accord fera l'objet, à la diligence des groupements d'employeurs, des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par le code du travail.

Article 13 : Modalités de révision et de dénonciation

A la demande des groupements d'employeurs ou d'une ou plusieurs fédérations syndicales représentatives au niveau de la branche professionnelle, signataires ou adhérentes au présent accord, une négociation de révision de ce dernier pourra être engagée à tout moment, dans les conditions prévues par le code du travail.

L'accord peut également être dénoncé selon les dispositions du code du travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois à compter de la date de notification de la dénonciation aux signataires de l'accord.

Sauf accord contraire des parties et des organismes prestataires, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective.

En cas de résiliation de la convention d'assurance collective à l'initiative des organismes assureurs, l'accord mettant en place la couverture supplémentaire maladie obligatoire deviendrait caduc du fait de la disparition de son objet.

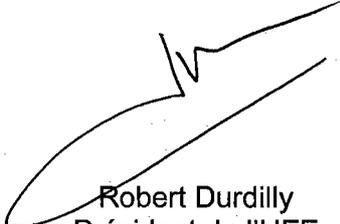
Dès réception de la résiliation, les parties signataires au présent accord se réuniront pour convenir des modalités de poursuite de la couverture supplémentaire maladie.

17
SP 9
JPM
AA 9/12
e

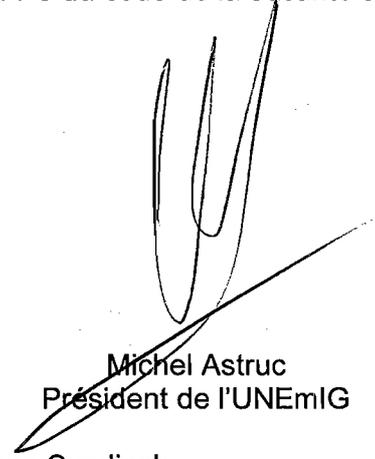
Article 14 : Procédure d'extension

L'extension du présent accord sera demandée aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans les conditions prévues à l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 04 JUIN 2010



Robert Durdilly
Président de l'UFE



Michel Astruc
Président de l'UNEmIG

Les représentants des Fédérations Syndicales

FCE - CFDT

CFE-CGC

CFTC - CMTE

FNME - CGT

FNEM - FO

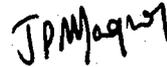
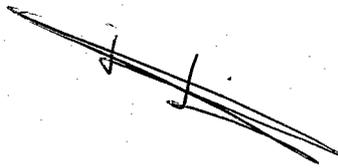
C. GUICHARDON PHILIPPON

MARTINOS

SCHIMMER

MAGNON

BIGAUT



ANNEXE 1
PRESTATIONS REMBOURSEES
AU TITRE DE LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

Tableau des garanties :

Frais de santé	Remboursement
SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes	40 % de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes	100 % de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie	80 % de la BR
Consultations d'acupuncteurs, osthéopathes, chiropracteurs et étioopathes	35 % des frais réels, limités à 100 € par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	50 % de la BR
Analyses, prélèvements	50 % de la BR
Analyses hors nomenclature	0,70 % du PMSS
Pansements	40 % de la BR
Le taux de remboursement est majoré de 50 % pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ¹ .	
OPTIQUE	
Monture (une paire par an) : adultes enfants	5 % du PMSS 2 % du PMSS
Verres (une paire par an) : adultes enfants	1300 % de la BR 440 % de la BR
Lentilles acceptées par la sécurité sociale (un équipement par an)	1,5 % du PMSS
Lentilles refusées par la sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35 % du PMSS
Chirurgie corrective non prise en charge par la sécurité sociale (par oeil)	12 % du PMSS
DENTAIRE	
Soins	100 % de la BR
Prothèses acceptées par la sécurité sociale	100 % de la BR (150 % sur présentation d'un devis)
Prothèses refusées par la sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	100 % de la BR (150 % sur présentation d'un devis)
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	200 % de la BR
Orthodontie refusée par la sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300 % de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5 % du PMSS
Implants (maximum 5 par an)	10,5 % du PMSS
Couronnes ou stellites provisoires : 1 ou 2 dents 3 dents par dent supplémentaire	2 % du PMSS 4 % du PMSS 1 % du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	Détartrage : 0,8 % du PMSS Curetage : 2,8 % du PMSS Chirurgie : 5,6 % du PMSS
Autres actes hors nomenclature sur frais réels limités à 500 € par an	30 % des frais réels

¹ Taux d'incapacité attribué par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (ex-COTOREP).


 SP
 11/12
 JPM
 RA

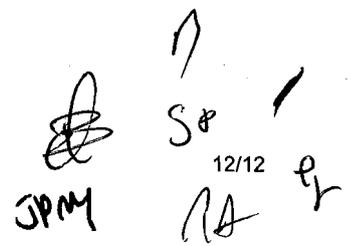
Frais de santé	Remboursement
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	100 % de la BR
Prothèse auditive unilatérale	12 % du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire)	24 % du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4 % du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la sécurité sociale	90 % du PMSS
HOSPITALISATION	
Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	100 % de la BR
Forfait journalier	18 €
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	1 % du PMSS / jour
Chambre particulière, en médecine ou chirurgie (30 jours par hospitalisation, renouvelable une fois sur prescription médicale)	2,1 % du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1 % du PMSS / jour
AUTRES PRESTATIONS	
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	8 % du PMSS
Prévention :	
vaccins	1,75 % du PMSS
pilule contraceptive de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	1,75 % du PMSS
ostéodensitométrie	2,8 % du PMSS
détartrage annuel des dents	70 % de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70 % de la BR
pack prévention annuel incluant :	
- psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse,	} 3,85 % du PMSS
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste	
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste	
- bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer	
- substituts nicotiniques, test hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin	

BR = base de remboursement de la sécurité sociale (variable selon les actes)

PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale
(à titre indicatif, le plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2010 est de 2885 euros).

NB : les remboursements de frais de santé effectués au titre de la couverture supplémentaire maladie s'ajoutent à ceux prévus par le régime spécial de sécurité sociale des IEG (prestations de base et complémentaires). Le cumul des remboursements (régime spécial et couverture supplémentaire maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le fonds social.



 JPMY
 SA
 12/12
 RA
 er