

**ACCORD COLLECTIF RELATIF AU REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE  
(« FRAIS DE SANTE » ET « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES »)  
AU SEIN D'ELIOR RESTAURATION**

**ENTRE,**

- La Société ELIOR ENTREPRISES dont le siège social est situé 9-11 Allée de l'Arche-92032 Paris la Défense immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 413 901 760;
  
- L'UES ELRES, composée à ce jour de :
  - La société ELRES dont le siège social est situé 9 -11 Allée de l'Arche 92032 Paris la Défense immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 662 025 196
  
  - La société SORESET dont le siège social est situé 18 rue Francis de Pressensé-42000 Saint Etienne immatriculée au RCS de Saint-Etienne sous le numéro 507 600 559
  
  - La société SOREBOU dont le siège social est situé 9-11 Allée de l'Arche-92032 Paris la Défense immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 841 112 659
  
  - La société SORELEZ dont le siège social est situé 24 avenue des Genêts-11200 LEZIGNAN CORBIERES immatriculée au RCS de Narbonne sous le numéro 884 331 133
  
- La Société ARPEGE dont le siège social est situé 9-11 Allée de l'Arche-92032 Paris la Défense immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 312 147 770;

représentées en la personne de **Monsieur Arnaud DEBART-JOHNER**, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines Elior France, dûment mandaté à cet effet ;

*Ci-après dénommées « **les Sociétés** », « **l'Employeur** » ou « **la Direction** »*

**d'une part,**

**ET,**

Les organisations syndicales de salariés représentatives dûment mandatées à cet effet :

Pour la **CFDT Fédération des Services** représentée par Monsieur Daniel LEGER,

Pour la **CFTC** représentée par Monsieur Frédéric SERE,

Pour la **CFE-CGC** représentée par Monsieur Eric BURON,

Pour la **CGT** représentée par Monsieur Winfried KINGUE,

Pour **FGTA- FO** représentée par Monsieur Gilles GARNES.

*Ci-après dénommées « **les organisations syndicales représentatives** ».*

**d'autre part.**

*Les Sociétés et les organisations syndicales représentatives sont ci-après dénommées, collectivement, « **les Parties** ».*

T.S  
EB  
DL  
ADJ  
NTI

## APRES AVOIR RAPPELE QUE :

### PREAMBULE

Les salariés des Sociétés relevant du périmètre Elior Restauration bénéficient depuis de nombreuses années de garanties collectives et obligatoires « incapacité-invalidité-décès » et « frais de santé » mises en place respectivement par accord collectif ou décision unilatérale de l'employeur.

Ce régime complémentaire frais de santé et prévoyance a fait l'objet de nombreuses évolutions /modifications notamment dans le cadre de sa mise en conformité avec les textes réglementaires, tant en prévoyance qu'en santé.

Depuis quelques temps, le régime frais de santé en particulier affiche un déficit structurel ayant conduit la Direction à mettre en place notamment des aménagements de garanties, lesquels toutefois se sont avérés insuffisants pour assurer l'équilibre financier du régime et par conséquent sa pérennité.

C'est sur la base de ce constat et dans une volonté de sauvegarder à long terme le régime de prévoyance complémentaire, que la Direction et les organisations syndicales représentatives ont convenus de renégocier la structure des cotisations et les garanties liées au régime frais de santé et de lancer un appel d'offres assureurs élargi à la prévoyance.

A cet effet, le processus de mise en concurrence qui a débuté au cours du second trimestre de l'année 2021 s'est conclu par la réunion de négociation du 27 octobre 2021 au cours de laquelle la direction et les organisations syndicales se sont entendues pour réécrire complètement l'accord en date du 28 avril 1999 et ses 14 avenants.

Cet accord a été construit en tenant compte des objectifs ci-dessous :

- d'offrir à l'ensemble des salariés un niveau de garanties à la fois performant et compatible avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier du régime à long terme ;
- De renforcer la solidarité entre les salariés dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire
- De négocier la couverture assurance des régimes complémentaires santé et prévoyance auprès d'un assureur unique afin d'optimiser le niveau et le coût des garanties
- de faire bénéficier les salariés des exonérations de cotisations de sécurité sociale et de l'avantage fiscal résultant respectivement des articles L. 242-1 du Code de la sécurité sociale et 83 1° quater du Code général de impôts ».

Il est précisé que, pour leur part, les garanties de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » actuellement en vigueur au sein des Sociétés ne seront pas modifiées au 1<sup>er</sup> janvier 2022, bien qu'elles fassent l'objet de contrats d'assurance souscrits auprès d'un nouvel opérateur. Toutefois, dans un souci de lisibilité et afin de réaffirmer leurs engagements en la matière, les Parties ont souhaité intégrer au sein du présent accord les dispositions applicables en matière de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » au sein des sociétés.

EB  
2 ADJ  
N11  
A.S. 02

**En application de l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, les parties au présent accord ont décidé ce qui suit :**

## **ARTICLE 1 - OBJET**

Le présent accord est relatif aux garanties collectives et obligatoires « frais de santé » et « incapacité-invalidité-décès » en vigueur au sein des Sociétés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Il prévoit à cette fin :

- des dispositions spécifiques au régime « frais de santé », faisant l'objet de l'Article 3 ci-après ;
- des dispositions spécifiques au régime de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » faisant l'objet de l'Article 4 ci-après.

Les dispositions des Articles 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 sont applicables tant au régime de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » qu'au régime « frais de santé ».

## **ARTICLE 2 – ORGANISME ASSUREUR**

Les régimes « frais de santé » et « incapacité-invalidité-décès » sont couverts par des contrats d'assurance souscrits auprès d'AESIO.

Un descriptif des garanties couvertes par ces contrats au 1<sup>er</sup> janvier 2022 sera annexé à titre informatif.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les Parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant l'expiration de ce délai, la modification du présent accord ou sa dénonciation dans les conditions prévues à l'Article 10 ci-après.

EB  
F-S D2<sup>3</sup> ADJ  
NM

## **ARTICLE 3 - LE REGIME FRAIS DE SANTE**

### **Article 3-1 – Salariés Bénéficiaires :**

Les garanties « frais de santé » bénéficient à « l'ensemble du personnel<sup>1</sup> », comptant plus de 7 jours d'ancienneté continus.

Les ayants droit des salariés peuvent également bénéficier des remboursements de « frais de santé », sous réserve de remplir les conditions posées par les contrats d'assurance et rappelées dans les notices d'information.

### **Article 3-2 – Caractère obligatoire de l'adhésion :**

L'adhésion des salariés et de leurs enfants (à charge) au système de garanties collectives (contrat d'assurance « régime de base ») est obligatoire.

Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

### **Article 3-3 – Extension du régime frais de santé au conjoint :**

L'adhésion du conjoint du salarié (tel que défini par le contrat d'assurance) est, quant à elle, facultative.

En cas de demande d'extension au conjoint, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

En tout état de cause, le conjoint couvert à titre facultatif par l'extension du régime bénéficie du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie Frais de santé au conjoint est à la charge exclusive de celui-ci. Elle doit être payée directement à l'organisme assureur.

---

<sup>1</sup> Y compris les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail mais assimilés à des salariés au sens de la sécurité sociale.

f.s. EB 4 ADJ  
DL N.11

### Article 3-4 – Dispenses d’affiliation :

Toutefois, par dérogation au caractère obligatoire, conformément aux dispositions de l’article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, les salariés placés dans l’une des situations suivantes peuvent à leur initiative se dispenser d’adhésion au présent régime Frais de santé :

- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée 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 ;
- salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au régime « frais de santé » les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiant lors de leur embauche 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\* ;  
\*sous réserve de produire un justificatif de cette couverture.  
Cette dispense ne peut jouer que jusqu’à échéance de ce contrat ou de cette aide.
- salariés bénéficiant lors de leur embauche d’une assurance individuelle frais de santé\* ;  
\*sous réserve de produire un justificatif de cette couverture.  
Cette dispense ne peut jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel.
- les salariés, quelle que soit leur date d’embauche, qui bénéficient déjà, y compris en tant qu’ayants droit, d’une couverture collective relevant d’un dispositif de prévoyance complémentaire et obligatoire (conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale) et sous réserve d’une attestation annuelle écrite le justifiant

Ainsi, peuvent bénéficier d’une telle dispense :

- Les salariés bénéficiant d’une couverture complémentaire et obligatoire par leur conjoint, concubin ou leur compagnon de PACS.

Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit à la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants-droits à titre obligatoire.

- Les salariés bénéficiant d’une couverture complémentaire et obligatoire auprès d’un autre employeur (salariés à employeur multiples) ;

Dans tous les cas susvisés, les salariés souhaitant être dispensés d’affiliation doivent en faire la demande par écrit en retournant le bulletin disponible auprès du Service Paie et Administration du Personnel dans un délai de 15 jours suivant leur embauche ou leur changement de situation accompagné des justificatifs requis.

La production de ces justificatifs doit être renouvelée au plus tard le 20 janvier de chaque année. A défaut, ils seront considérés comme adhérents au régime, et à ce titre, seront tenus de cotiser.

EB  
F.S. DZ<sup>5</sup> ADJ  
NM

Il est rappelé que les dispenses d'affiliation visées ci-dessus sont expressément admises par la réglementation applicable dites de droit. En cas d'évolution de la réglementation rendant impossible le maintien d'une ou plusieurs de ces dispenses sans remise en cause des exonérations de cotisations sociales, la ou les dispenses concernées seront automatiquement supprimées.

**Article 3-5 – Contrats surcomplémentaires à adhésion facultative (au choix du salarié) :**

Les salariés ont par ailleurs la possibilité d'adhérer, à titre facultatif, à un contrat d'assurance surcomplémentaire offrant deux niveaux de garanties supplémentaires.

La/les cotisation(s) finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier.

**Article 3-6- Financement du régime « frais de santé » :**

*3.6.1. Montant et répartition des cotisations du régime « de base » obligatoire :*

La charge de cotisation du contrat d'assurance « de base » est répartie comme suit :

- 55% pour l'employeur
- 45% pour le salarié

• Cotisations « Frais de santé » des bénéficiaires **du régime général de la sécurité sociale**

Régime obligatoire « Ensemble du personnel »	% PMSS		
	TOTAL	Part Patronale	Part Salariale
Salarié + enfant(s)	<b>2,085%</b>	1.147%	0.938%

• Cotisations « Frais de santé » des bénéficiaires **du régime local Alsace Moselle**

Régime obligatoire « Ensemble du personnel »	% PMSS		
	TOTAL	Part Patronale	Part Salariale
Salarié + enfant(s)	<b>1,507%</b>	0.829%	0.678%

EB  
 6 ADJ  
 F.S DE N.17

### 3.6.2. Contrats d'assurance surcomplémentaire à adhésion facultative :

Il est expressément convenu que les cotisations supplémentaires au financement de la couverture complémentaire optionnelle, sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations y afférentes sont indiquées, à titre informatif.

Régime à adhésion facultative	Part salariale (100%)
Option 1	0,735% PMSS
Option « Santé + »	1,389% PMSS

### 3.6.3. Montant de la cotisation à adhésion facultative du conjoint :

Il est rappelé que la cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé au conjoint est à sa charge exclusive et s'élève à :

Régime à adhésion facultative	Régime général de la sécurité sociale	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	1,857 % PMSS	1,408% PMSS
Option 1	0,655 % PMSS	0,655 % PMSS
Option « Santé + »	1,236 % PMSS	1,236 % PMSS

### Article 3-7- Evolution des cotisations :

Il est expressément précisé que :

- Le montant des cotisations visées ci-dessus sera revalorisé chaque année, au 1<sup>er</sup> janvier, en fonction de l'évolution du PMSS ;
- L'obligation des Sociétés, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations mentionnées ci-dessus pour leurs taux arrêtés à cette date.

Toute évolution des cotisations, due à un changement de législation, sera automatiquement répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'employeur et les salariés, dans une limite égale à 5% des taux ci-dessus mentionnés.

EB  
L.S. D 2-7 ADJ  
NTT

Les parties conviennent que les évolutions des cotisations au-delà de cette limite et celles liées notamment à une dégradation du rapport sinistres à primes, feront l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un nouvel avenant au présent accord.

### **Article 3-8- Suspension du contrat de travail :**

- Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéfice du régime complémentaire « frais de santé » mis en place dans l'entreprise est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- pour les garanties de protection sociale complémentaire hors prestations de retraite supplémentaire,
  - d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...) ».

- Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation :

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ou revenu de remplacement versé par l'Employeur ni ne perçoivent d'indemnités journalières complémentaires pourront bénéficier du maintien du régime « frais de santé » pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter seuls de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale), laquelle devra être réglée directement à l'organisme assureur, par prélèvement automatique sur leur compte bancaire. L'employeur communiquera au salarié la procédure à suivre pour formaliser ce choix.

### **Article 3-9- Contrats « responsables » :**

Les garanties annexées au présent accord, à titre informatif, respectent les critères des contrats responsables définis aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Dès lors, toutes les modifications législatives et réglementaires impactant les contrats solidaires et responsables, s'appliqueront au tableau de garanties du régime frais de santé.

En effet, afin de conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales, les garanties de ce contrat seront si nécessaire adaptées. Toute nouvelle exclusion ou obligation de prise en charge, ou plus généralement tout aménagement apporté à ce cahier des charges par les textes légaux ou réglementaires, sera automatiquement applicable au contrat «de base responsable » sans qu'il soit nécessaire de conclure un avenant au présent accord.

### **Article 3-10- Prestations :**

Il est précisé que les garanties ne constituent, en aucun cas, un engagement de l'employeur et relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

ES  
8 ADJ  
KS DL N.M

## ARTICLE 4 - LE REGIME PREVOYANCE « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES »

### Article 4-1- Salariés Bénéficiaires :

Les garanties « incapacité-invalidité-décès » bénéficient à l'ensemble du personnel.

Conformément aux dispositions de l'article R.242-1-1 du Code de la sécurité sociale, les catégories de bénéficiaire sont définies en référence aux catégories et classifications définies par la Convention Collective du personnel des entreprises de restauration de collectivités, tel que modifié par l'avenant 47 du 9 novembre 2011 comme suit :

- Catégorie « Employé » (pour les salariés de niveau 1 à 5 au sens de la classification conventionnelle), ayant plus de 6 mois d'ancienneté continue

L'ensemble des garanties restent inchangées.

- Catégorie « Agent de Maîtrise » (pour les salariés de niveau 6 à 8 au sens de la classification conventionnelle), dès leur embauche

L'ensemble des garanties restent inchangées.

- Catégorie « Cadre » (pour les salariés de niveau 9 au sens de la classification conventionnelle), dès leur embauche

### Article 4-2- Caractère obligatoire de l'adhésion :

L'adhésion des salariés au régime « incapacité-invalidité-décès » est obligatoire.

Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

### Article 4-3- Cotisations :

#### 4.3.1. Taux, Assiette et Répartition des cotisations

Les cotisations finançant les garanties « incapacité-invalidité-décès » sont prises en charge par l'Employeur et les salariés dans les conditions suivantes :

- o Cotisations Régime **Employés**

ASSIETTE	TOTAL *	Part Patronale	Part Salariale
Tranche 1	<b>3,080%</b>	1,540%	1,540%
Tranche 2	<b>2,605%</b>	1,303%	1,302%

o Cotisations Régime **Agents de maîtrise**

ASSIETTE	TOTAL *	Part Patronale	Part Salariale
Tranche 1	<b>3,938%</b>	3,938%	0,000%
Tranche 2	<b>7,130%</b>	3,24%	3,89%

o Cotisations Régime **Cadres**

ASSIETTE	TOTAL *	Part Patronale	Part Salariale
<b>Tranche 1</b>	<b>4,706%</b>	4,494%	0,212%
<b>Tranche 2</b>	<b>7,736%</b>	3,520%	4,216%
<b>Tranche 2 bis</b>	<b>6,140%</b>	2,793%	3,347%

Détermination de l'assiette :

T1 = tranche de rémunération limitée au plafond annuel sécurité sociale.

T2 = tranche de rémunération comprise entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel sécurité sociale.

T2 bis = tranche de rémunération supérieur à 4 fois et inférieur à 8 fois le plafond annuel sécurité sociale.

\*Dont taux intégrant 0,04% (T1 et T2) sur une période de 3 ans, au titre du financement des revalorisations futures des sinistres survenus antérieurement au 01/01/2022

#### 4.3.2. *Évolution ultérieure des cotisations*

L'obligation des Sociétés, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations mentionnées ci-dessus pour leurs taux arrêtés à cette date.

Toute évolution des cotisations, due à un changement de législation, sera automatiquement répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'employeur et les salariés, dans une limite égale à 5% des taux ci-dessus mentionnés.

Les parties conviennent que les évolutions des cotisations au-delà de cette limite et celles liées notamment à une dégradation du rapport sinistres à primes, feront l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un nouvel avenant au présent accord.

#### **Article 4-4- Changement d'organisme assureur :**

Conformément à l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale, il est prévu qu'en cas de changement d'organisme assureur :

- les rentes en cours de service seront revalorisées selon le même mode que le contrat résilié ;
- les garanties décès et la revalorisation de leur base de calcul seront maintenues au profit des personnes bénéficiant de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité. Cette revalorisation sera au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur qui a fait l'objet d'une résiliation.

Lors du changement d'organisme assureur, l'Employeur s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

#### **Article 4.5. Suspension du contrat de travail :**

- o Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéfice du régime complémentaire « prévoyance » mis en place dans l'entreprise est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- pour les garanties de protection sociale complémentaire hors prestations de retraite supplémentaire, d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...)

- o Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation :

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc.), la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du régime de prévoyance pour le salarié concerné, et la suspension du financement patronal de cette couverture.

#### **Article 4.6. Dispositif de l'avance prévoyance**

Les salariés couverts par le régime Prévoyance Elior France bénéficieront en cas d'arrêt de travail, d'une avance automatique de salaire égale à 85 % du montant des indemnités journalières complémentaires. Cette avance ne concerne pas les indemnités versées par la sécurité sociale.

L'avance est versée le mois en cours de l'arrêt, dès lors qu'à la date de clôture de la paie, l'arrêt de travail était porté à la connaissance du Centre d'Expertises Paie.

F.S D2 11 ADJ  
EB NM

La retenue de l'avance sera subordonnée au versement effectif des indemnités journalières complémentaires auxquelles le salarié peut prétendre.

## **ARTICLE 5 – RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL**

### **Article 5-1– Portabilité des garanties « Frais de santé » et Prévoyance « incapacité-invalidité-décès »**

L'ensemble des conditions et des modalités de la portabilité sont rappelées en Annexe 1 du présent Accord.

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les anciens salariés pourront bénéficier du maintien des garanties « frais de santé » et prévoyance « incapacité-invalidité-décès dans les conditions et limites fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité.

Conformément aux dispositions du texte susvisé :

- ce maintien est applicable pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- les anciens salariés concernés devront justifier auprès de l'organisme assureur en charge du régime, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions posées par les textes pour en bénéficier (justificatif de leur indemnisation par Pôle Emploi notamment).

### **Article 5-2– Régime d'accueil en Frais de santé (uniquement)**

L'ensemble des conditions et des modalités figurent en Annexe 2 du présent Accord.

Il est rappelé qu'il est proposé à titre facultatif, un régime d'accueil pour les anciens salariés des sociétés concernées par le présent accord (hors démissionnaires) dont les retraités.

Les intéressés peuvent à leur demande et dans les 6 mois qui suivent la cessation du contrat de travail (ou à compter de la date de fin du maintien du dispositif de portabilité des garanties de prévoyance) bénéficier de ce régime.

Par la signature du présent accord, les parties ont entendu que ce régime d'accueil Frais de santé soit adapté aux dispositions légales et réglementaires s'imposant à l'ensemble des assurés sociaux.

Il est rappelé que ce régime fait l'objet d'un compte de résultat distinct du régime des salariés actifs. Il ne bénéficie d'aucun financement des entreprises concernées par le présent accord. A cet égard, les sociétés ne pourraient en aucun cas être tenues de quelque engagement que ce soit à l'égard des anciens salariés.

## **ARTICLE 6 - INFORMATION**

En leur qualité de souscripteur, les Sociétés remettront à leurs salariés et à tout nouvel embauché, des notices d'information détaillées, établies par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application et les exclusions applicables.

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

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le Comité Social et Economique (CSE central ou CSE unique selon les sociétés concernées) sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties.

En outre, chaque année, le CSE (CSE central ou CSE unique selon les sociétés concernées) peut solliciter de l'employeur la communication du rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire.

## **ARTICLE 7 – ENGAGEMENTS DES SOCIETES**

Il est expressément convenu que les obligations de l'Employeur en application du présent accord se limitent au seul paiement de sa participation financière aux régimes, ainsi qu'à la souscription des contrats d'assurance auprès d'un organisme assureur habilité.

En aucun cas, il ne saurait être tenu au versement des prestations définies dans les annexes par conséquent, les prestations y figurant relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

## **ARTICLE 8 - SUIVI**

Le suivi de l'application du présent accord sera assuré par une commission paritaire de suivi du régime de prévoyance.

### **Article 8-1- Composition de la commission de suivi :**

La Commission de suivi est composée d'un représentant par société de chaque organisation syndicale représentative signataire du présent accord et de représentants de la Direction.

Ces membres sont désignés par chaque organisation syndicale représentative. En cas d'indisponibilité, chaque représentant pourra être exceptionnellement remplacé.

Toutefois, les Parties rappellent leur attachement à ce que la composition de chaque délégation soit pérenne.

F.S. DL<sup>13</sup> ADJ  
EB N.P.

### **Article 8-2- Attributions :**

Les missions de la commission de suivi seront les suivantes :

- suivi des rapports annuels de gestion ;
- examen des comptes de résultats des régimes de prévoyance ;
- arbitrage entre les niveaux des prestations et le financement des prestations ;
- propositions d'amélioration qui seraient nécessaire au maintien de l'équilibre des régimes ou qui permettraient d'en améliorer le fonctionnement ;
- négociation et préparation d'accords soumis à la signature des organisations syndicales et ayant trait à l'évolution du régime : ainsi, sans préjudice des prérogatives réservées aux organisations syndicales représentatives en matière de négociation, cette commission examinera le cas échéant les conséquences éventuelles d'une modification des dispositions législatives, réglementaires, conventionnelles ou de toute autre origine susceptibles de modifier l'équilibre du régime.

La commission veillera, dans la mesure du possible, à prendre ses décisions à l'unanimité

### **Article 8-2- Réunions de la commission de suivi :**

La Commission est présidée par un représentant de la Direction.

Elle se réunira deux fois par an minimum sur l'initiative de la Direction, dont au moins une en présence de l'organisme assureur.

Les convocations accompagnées de l'ordre du jour seront adressées aux membres de la délégation au moins 15 jours avant la date prévue pour la réunion, accompagnées d'un exemplaire des comptes de résultats.

### **Article 8-3- Formation des membres de la commission de suivi :**

Afin de permettre la bonne compréhension des informations transmises et de garantir la qualité des débats, une formation sera dispensée aux membres de la Commission de suivi. Les modalités d'organisation de cette formation seront gérées par la Direction.

D'une durée d'une journée, elle concernera uniquement les membres permanents de la Commission et sera également organisée lors des remplacements définitifs de ces derniers.

## **ARTICLE 9 – CLAUSE DE RENDEZ-VOUS**

Tous les ans à compter de la signature du présent accord, toute Partie signataire ou adhérente au présent accord pourra demander l'organisation d'une réunion de l'ensemble des Parties signataires et adhérentes afin de statuer sur l'opportunité de réviser tout ou partie des dispositions du présent accord.

Cette demande devra être faite par lettre recommandée avec AR adressée à la Direction Elior France qui auront la responsabilité d'organiser la réunion sollicitée dans les 3 mois.

Par ailleurs, les Parties conviennent que, dans l'hypothèse où une disposition réglementaire ou légale venait à rendre inapplicable l'une des dispositions du présent accord, des négociations s'engageront dans les 3 mois de l'entrée en vigueur de ladite disposition.

## **ARTICLE 10 – ENTREE EN VIGUEUR – DUREE-EFFETS**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Il remplace à compter de cette date toutes dispositions applicables jusqu'alors au sein des Sociétés et portant sur le même objet, que ces dispositions résultent de décisions unilatérales de l'employeur, ou d'accords collectifs. En particulier, pour les sociétés concernées, il se substitue intégralement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 à l'accord collectif du 28 avril 1999 relatif au régime de prévoyance et de remboursement des frais médicaux au sein d'Avenance » et à ses 14 avenants successifs.

Le présent accord pourra être modifié à tout moment conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en la matière.

Il pourra également être dénoncé dans les conditions légales.

Il est expressément convenu entre les parties signataires que cette dénonciation pourra, soit porter sur la totalité de l'accord, soit porter uniquement sur l'Article 3 relatif au REGIME « FRAIS DE SANTE » ou uniquement sur l'Article 4 relatif au REGIME PREVOYANCE « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES ».

Les parties signataires reconnaissent en effet le caractère autonome des dispositions contenues dans chacun de ces deux articles et la possibilité de les appliquer distinctement sans remise en cause de l'équilibre du présent accord.

Dans l'hypothèse d'une dénonciation limitée à l'Article 3 « REGIME FRAIS DE SANTE », les dispositions des autres articles du présent accord, non spécifiques au régime « frais de santé », demeureront en vigueur.

Dans l'hypothèse d'une dénonciation limitée à l'Article 4 « REGIME PREVOYANCE « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES », les dispositions des autres articles du présent accord, non spécifiques au régime prévoyance « incapacité-invalidité-décès », demeureront en vigueur.

Il appartiendra en conséquence aux parties procédant à une dénonciation de préciser dans l'acte de dénonciation, le caractère total ou limité à l'Article 3 ou à l'Article 4 de cette dénonciation.

Le préavis de dénonciation est fixé à deux mois.

Dans l'hypothèse où le(s) contrat(s) d'assurance seraient résiliés sur l'initiative de l'organisme assureur, notamment du fait d'une dégradation des résultats techniques, d'une proposition d'augmentation des cotisations ou de dégradation des garanties, et où aucun nouveau contrat de frais de santé ou de prévoyance « incapacité-invalidité-décès » ne serait conclu aux conditions du présent accord, celui-ci serait caduc, la condition essentielle de l'engagement des Sociétés ayant disparu. La caducité de l'accord prendrait effet à la date de fin du ou des contrats d'assurance. Les Parties se réuniraient dès la connaissance d'un risque de caducité, afin d'examiner les solutions de substitution éventuelles.

F S DZ 15 ADJ  
EB NT

## ARTICLE 11 – NOTIFICATION-DEPOT-PUBLICITE

Conformément à l'article L.2231-5 du Code du travail, le présent accord sera notifié par la Direction à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein des sociétés.

Le présent accord sera déposé à l'initiative de la Direction sur la plateforme nationale « TéléAccords » du ministère du travail, ainsi qu'au greffe du conseil de prud'hommes.

Le présent accord sera porté à la connaissance de l'ensemble du personnel des sociétés concernées et le cas échéant, en tant qu'élément des bases de données économiques et sociales établie en application de l'article L.2323-8 du Code du travail.

Conformément à l'article L.2231-5-1 du Code du travail, le présent accord sera rendu public et versé dans une base de données nationale.

### Annexes :

*Annexe 1 : Portabilité*

*Annexe 2 : Régime d'accueil Frais de santé*

Fait à Paris la Défense, le 20 décembre 2021

- Pour les Sociétés

**Arnaud DEBART-JOHNER**  
Directeur des Ressources Humaines Elior France



Dûment mandaté à l'effet de négocier et de conclure le présent accord,

- **Pour les Organisations Syndicales Représentatives**

Pour la coordination syndicale au sens de l'article L.2232-32 du Code du travail et ayant reçu mandat spécial de coordination syndical pour le présent accord :

Pour la C.F.D.T. Monsieur Daniel LEGER

DL 

Pour la C.F.T.C. Monsieur Frédéric SERE



Pour la C.F.E-C.G.C. Monsieur Eric BURON



Pour la C.G.T. Monsieur Winfried KINGUE

Pour F.G.T.A. - F.O. Monsieur Gilles GARNES

PO 

## ANNEXE 1 PORTABILITE FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture du régime frais de santé et prévoyance en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'Assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties frais de santé/prévoyance est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans la société. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le maintien des garanties frais de santé/prévoyance est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le salarié auprès de son employeur.
- Le maintien des garanties frais de santé/prévoyance au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur. En cas de modification ou de révision des garanties, celles-ci seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité ;
- Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

La portabilité du régime frais de santé/prévoyance s'applique, dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié : ils bénéficient effectivement des garanties collectives à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

L'employeur signalera le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

(18)

18 ADJ

LS DL N.M

## **ANNEXE 2 MAINTIEN DES GARANTIES FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE A TITRE INDIVIDUEL**

En application de l'article 4 de la loi Evin, l'organisme assureur auprès duquel le contrat collectif d'assurance a été souscrit au titre du présent régime organise le maintien de la couverture au profit des 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, sans condition de durée, et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Ils peuvent solliciter de l'organisme assureur, le maintien de ces garanties sans condition de période probatoire, ni d'examens ou de questionnaires médicaux, et ce dans un délai de six mois à compter de la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du droit à la portabilité ou pour les personnes garanties du chef de l'assuré décédé dans les six mois suivant le décès du salarié.

Cette adhésion est purement facultative. La cotisation est intégralement à la charge de l'ancien salarié et n'emporte aucune obligation pour ELIOR en termes de cotisations ou de prestations.

Les tarifs proposés sont fixés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

T-S  
DL  
EB  
19 ADJ  
N.M

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS		ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)			TOTAL
			Base	Option 1		
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>Honoraires, actes et soins</b>						
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	400% B.R.	-	480% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	-	200% B.R.		
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
<b>Séjours</b>						
- Frais de séjour	80% B.R.	20% B.R.	380% B.R.	<b>480% B.R.</b>	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Forfait journalier hospitalier limité dans les établissements de santé.	
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation	
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	65 € / jour	15 € / jour	<b>80 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.	
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	50 € / jour	30 € / jour	<b>80 € / jour</b>	Hors box d'hospitalisation	
- Frais d'accompagnement	Néant	1,5% P.M.S.S. / jour	0,5% P.M.S.S. / jour	<b>2% P.M.S.S. / jour</b>	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.	
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
Consultations, visites des médecins généralistes						
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	60% B.R.	140% B.R.	270% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	40% B.R.	90% B.R.	200% B.R.		
Consultations, visites des médecins spécialistes						
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	70% B.R.	270% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	110% B.R.	20% B.R.	200% B.R.		
<b>Sages-femmes</b>	60% B.R. ou 70% B.R.	80% B.R. ou 70% B.R.	130% B.R.	270% B.R.		
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues						
	60% B.R.	60% B.R.	240% B.R.	360% B.R.		
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
- Examens de biologie médicale remboursés par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R.	270% B.R.	370% B.R.		
<b>Actes d'imagerie</b>						
Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.						
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	170% B.R.	370% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	110% B.R.	20% B.R.	200% B.R.		
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>						
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	170% B.R.	370% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	110% B.R.	20% B.R.	200% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.	
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
<b>Médicaments</b>						
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	-	100% B.R.		
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	35% B.R.	65% B.R.	-	100% B.R.		
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	-	100% B.R.		
<b>Matériel médical</b>						
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	140% B.R.	260% B.R.	460% B.R.		
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	260% B.R.	460% B.R.		
<b>Transports</b>						
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	260% B.R.	360% B.R.		
<b>DENTAIRE</b>						
Plafond global de remboursement de votre mutuelle de 100% P.M.S.S. par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires définis ci-dessous (hors soins et prothèses « 100% santé »). Au-delà, prise en charge à hauteur de 55% B.R. pour les prothèses dentales et l'orthodontie remboursées par l'A.M.O.						
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	30% B.R.	170% B.R.	270% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	210% B.R. ou 180% B.R.	20% B.R.	300% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.	

Handwritten notes and signatures:   
 F.S. DL   
 N.17   
 20 ADJ

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS		
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS		ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)			TOTAL	
	Base	Option 1					
<b>DENTAIRE</b>							
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)</b> Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.							
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	-	Frais Réels			
<b>Prothèses hors 100% santé</b> Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé							
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)							
- Inlays onlays	70% B.R.	230% B.R.	70% B.R.	370% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Inlays cores	70% B.R.	130% B.R.	70% B.R.	270% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Autres prothèses	70% B.R.	280% B.R.	120% B.R.	470% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
Panier à honoraires libres							
- Inlays onlays	70% B.R.	230% B.R.	70% B.R.	370% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Inlays cores	70% B.R.	130% B.R.	70% B.R.	270% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Autres prothèses	70% B.R.	280% B.R.	120% B.R.	470% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>							
- Orthodontie	Néant	180% B.R.	20% B.R.	200% B.R.	Base de remboursement reconstruite. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Implants (pose de l'implant)	Néant	250 €	50 €	300 €	Forfait par implant, limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Faux moignons implantaires	Néant	-	100 €	100 €	Forfait par faux moignon implantaire, limité à 3 faux moignons implantaires par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Parodontologie	Néant	150 €	50 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Actes prothétiques (couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées/vivantes)	Néant	250 €	180 €	430 €	Forfait par acte et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
<b>OPTIQUE</b>							
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)							
<b>Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)</b> Classe A Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.							
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels			
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels			
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.		
<b>Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture)</b> Classe B - Tarifs libres							
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins							
- Monture	60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	-	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.		
<b>Verres unifocaux (simple foyer)</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	60% B.R.	95 €	2 €	60% B.R. + 97 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	60% B.R.	110 €	6 €	60% B.R. + 116 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6					
- Classe 3	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	60% B.R.	135 €	4 €	60% B.R. + 139 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -6,25	De 0 à 4					
	De -8 à 0	≥ 4,25					
- Classe 4	De 0 à +8	S+C > 6	60% B.R.	180 €	-	60% B.R. + 180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres					

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS					PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL			
		Base	Option 1				
<b>OPTIQUE</b>							
<b>Verres multifocaux ou progressifs</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	60% B.R.	185 €	5 €	60% B.R. + 190 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	60% B.R.	200 €	6 €	60% B.R. + 206 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8					
- Classe 3	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	60% B.R.	225 €	-	60% B.R. + 225 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à 0	≥ 4,25					
- Classe 4	De 0 à +8	S+C > 8	60% B.R.	250 €	4 €	60% B.R. + 254 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres					
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins							
- Monture			60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	-	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.
<b>Verres unifocaux (simple foyer)</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	60% B.R.	95 €	-	60% B.R. + 95 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	60% B.R.	110 €	-	60% B.R. + 110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6					
- Classe 3	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	60% B.R.	135 €	-	60% B.R. + 135 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -6,25	De 0 à 4					
- Classe 4	De -8 à 0	≥ 4,25	60% B.R.	180 €	-	60% B.R. + 180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De 0 à +8	S+C > 6					
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	60% B.R.	180 €	-	60% B.R. + 180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
<b>Verres multifocaux ou progressifs</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	60% B.R.	185 €	-	60% B.R. + 185 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	60% B.R.	200 €	-	60% B.R. + 200 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8					
- Classe 3	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	60% B.R.	225 €	-	60% B.R. + 225 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à 0	≥ 4,25					
- Classe 4	De 0 à +8	S+C > 8	60% B.R.	250 €	-	60% B.R. + 250 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres					
<b>Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription</b>							
			60% B.R.	40% B.R.	-	100% B.R.	
<b>Lentilles</b>							
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.			60% B.R.	6% P.M.S.S.	1% P.M.S.S.	60% B.R. + 7% P.M.S.S.	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Au-delà, prise en charge à hauteur de 40% B.R. pour les lentilles remboursées par l'A.M.O.
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'A.M.O.			Néant	6% P.M.S.S.	1% P.M.S.S.	7% P.M.S.S.	Sur prescription médicale. Y compris lentilles jetables.
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.			Néant	9% P.M.S.S.	-	9% P.M.S.S.	Forfait par œil et par bénéficiaire.
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date</b>							
<b>Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>							
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.							
- Aides auditives			60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	Appareillage auditif.
<b>Équipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres</b>							
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité			60% B.R.	240% B.R.	160% B.R.	460% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans			60% B.R.	240% B.R.	160% B.R.	460% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires</b>							
			60% B.R.	40% B.R.	-	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option 1		
<b>NAISSANCE</b>					
- Maternité ou adoption	Néant	5% P.M.S.S.	6.67% P.M.S.S.	11.67% P.M.S.S.	Forfait versé une fois par enfant, sur présentation de acte de naissance ou d'adoption et de justificatifs de dépenses.
<b>PRÉVENTION, BIEN ÊTRE</b>					
- Actes de prévention	OUI	OUI	-	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
- Ostéopathes	Néant	20 €	15 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 3 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement	65% B.R.	15% P.M.S.S.	15% P.M.S.S.	65% B.R. + 30% P.M.S.S.	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour le transport et l'hébergement non remboursés par l'A.M.O. versé sur présentation de justificatifs de dépenses.
<b>Assistance vie quotidienne : se référer à la notice d'information assistance.</b>					

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) A.M.C. : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)  
P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 428 € au 01/01/2021) Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé  
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD, par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS		ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)			TOTAL
			Base	Option 1		
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>Honoraires, actes et soins</b>						
- Médecins signataires D.P.T.M.	100% B.R.	380% B.R.	-	480% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	100% B.R.	-	200% B.R.		
<b>Participation du patient</b>	Frais Réels	Néant	-	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
<b>Séjours</b>						
- Frais de séjour	100% B.R.	Néant	380% B.R.	480% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.	
- Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Néant	-	Frais Réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	-	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation	
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	65 € / jour	15 € / jour	80 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.	
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	50 € / jour	30 € / jour	80 € / jour	Hors box d'hospitalisation	
- Frais d'accompagnement	Néant	1.5% P.M.S.S. / jour	0.5% P.M.S.S. / jour	2% P.M.S.S. / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.	
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
Consultations, visites des médecins généralistes						
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	40% B.R.	140% B.R.	270% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	20% B.R.	90% B.R.	200% B.R.		
Consultations, visites des médecins spécialistes						
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	110% B.R.	70% B.R.	270% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	90% B.R.	20% B.R.	200% B.R.		
<b>Sages-femmes</b>						
- Sages-femmes	90% B.R.	40% B.R.	140% B.R.	270% B.R.		
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues						
	90% B.R.	30% B.R.	240% B.R.	360% B.R.		
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
- Examens de biologie médicale remboursés par l'A.M.O.	90% B.R.	10% B.R.	270% B.R.	370% B.R.		
<b>Actes d'imagerie</b>						
Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.						
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	110% B.R.	170% B.R.	370% B.R.		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	90% B.R.	20% B.R.	200% B.R.		
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>						
- Médecins signataires D.P.T.M.	90% B.R.	110% B.R.	170% B.R.	370% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	90% B.R.	90% B.R.	20% B.R.	200% B.R.		
<b>Participation du patient</b>	Frais Réels	Néant	-	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
<b>Médicaments</b>						
- Médicaments à Service Médical Rendu important	90% B.R.	10% B.R.	-	100% B.R.		
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	80% B.R.	20% B.R.	-	100% B.R.		
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	-	100% B.R.		
<b>Matériel médical</b>						
- Accessoires, appareillages, orthopédie	90% B.R.	110% B.R.	260% B.R.	460% B.R.		
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	260% B.R.	460% B.R.		
<b>Transports</b>						
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	100% B.R.	Néant	260% B.R.	360% B.R.		
<b>DENTAIRE</b>						
<b>Plafond global de remboursement de votre mutuelle de 100% P.M.S.S. par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires définis ci-dessous. Au-delà, prise en charge à hauteur de 35% B.R. pour les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursées par l'A.M.O.</b>						
- Soins, actes et consultations	90% B.R.	10% B.R.	170% B.R.	270% B.R.		
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	90% B.R. ou 100% B.R.	190% B.R. ou 180% B.R.	20% B.R.	300% B.R.		
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)</b>						
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.						
- Prothèses	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	-	Frais Réels		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS		
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL			
		Base	Option 1				
<b>DENTAIRE</b>							
<b>Prothèses hors 100% santé</b>							
Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé							
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limités de facturation)							
- Inlays onlays	90% B.R.	210% B.R.	70% B.R.	370% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Inlays cores	90% B.R.	110% B.R.	70% B.R.	270% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Autres prothèses	90% B.R.	260% B.R.	120% B.R.	470% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
Panier à honoraires libres							
- Inlays onlays	90% B.R.	210% B.R.	70% B.R.	370% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Inlays cores	90% B.R.	110% B.R.	70% B.R.	270% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Autres prothèses	90% B.R.	260% B.R.	120% B.R.	470% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.		
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>							
- Orthodontie	Néant	180% B.R.	20% B.R.	200% B.R.R.	Base de remboursement reconstruite. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Implants (pose de l'implant)	Néant	250 €	50 €	300 €	Forfait par implant, limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Faux moignons implantaire	Néant	-	100 €	100 €	Forfait par faux moignon implantaire, limité à 3 faux moignons implantaires par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Parodontologie	Néant	150 €	50 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
- Actes prothétiques (couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées/vivantes)	Néant	250 €	180 €	430 €	Forfait par acte et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.		
<b>OPTIQUE</b>							
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.							
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)							
<b>Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)</b>							
<b>Classe A</b>							
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.							
- Monture	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	-	Frais Réels			
- Verres : tous types de correction	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	-	Frais Réels			
- Prestations d'appairage	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	-	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.		
<b>Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture)</b>							
<b>Classe B - Tarifs libres</b>							
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins							
- Monture	90% B.R.	100 € moins 90% B.R.	-	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.		
<b>Verres unifocaux (simple foyer)</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	90% B.R.	95 €	2 €	90% B.R. + 97 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	90% B.R.	110 €	6 €	90% B.R. + 116 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6					
- Classe 3	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	90% B.R.	135 €	4 €	90% B.R. + 139 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -6,25	De 0 à 4					
	De -8 à 0	≥ 4,25					
- Classe 4	De 0 à +8	S+C > 6	90% B.R.	180 €	-	90% B.R. + 180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres					
<b>Verres multifocaux ou progressifs</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	90% B.R.	185 €	5 €	90% B.R. + 190 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	90% B.R.	200 €	6 €	90% B.R. + 206 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8					
- Classe 3	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	90% B.R.	225 €	-	90% B.R. + 225 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à 0	≥ 4,25					
	De 0 à +8	S+C > 8					
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	90% B.R.	250 €	4 €	90% B.R. + 254 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS		
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS		ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)			TOTAL	
			Base	Option 1			
<b>OPTIQUE</b>							
Enfants de moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins							
- Monture	90% B.R.	100 € moins 90% B.R.	-	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.		
<b>Verres unifocaux (simple foyer)</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	90% B.R.	95 €	-	90% B.R. + 95 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	90% B.R.	110 €	-	90% B.R. + 110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6					
- Classe 3	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	90% B.R.	135 €	-	90% B.R. + 135 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -6,25	De 0 à 4					
	De -8 à 0	≥ 4,25					
- Classe 4	De 0 à +8	S+C > 6	90% B.R.	180 €	-	90% B.R. + 180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres					
<b>Verres multifocaux ou progressifs</b>							
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)					
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	90% B.R.	185 €	-	90% B.R. + 185 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	90% B.R.	200 €	-	90% B.R. + 200 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4					
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8					
	De 0 à +7,5	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8					
- Classe 3	De -8 à 0	≥ 4,25	90% B.R.	225 €	-	90% B.R. + 225 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De 0 à +8	S+C > 8					
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	90% B.R.	250 €	-	90% B.R. + 250 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription			90% B.R.	10% B.R.	-	100% B.R.	
<b>Lentilles</b>							
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	90% B.R.	6% P.M.S.S.	1% P.M.S.S.	90% B.R. + 7% P.M.S.S.	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Au-delà, prise en charge à hauteur de 10% B.R. pour les lentilles remboursées par l'A.M.O. Sur prescription médicale. Y compris lentilles jetables.		
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'A.M.O.	Néant	6% P.M.S.S.	1% P.M.S.S.	7% P.M.S.S.			
- Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	Néant	9% P.M.S.S.	-	9% P.M.S.S.	Forfait par œil et par bénéficiaire.		
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date							
Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement)							
Classe I - Soumis à des prix limites de vente							
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.							
- Aides auditives	90% B.R.	Frais Réels moins 90% B.R.	-	Frais Réels	Appareillage auditif.		
<b>Équipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres</b>							
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	90% B.R.	210% B.R.	160% B.R.	460% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.		
- Aides auditives plus de 20 ans	90% B.R.	210% B.R.	160% B.R.	460% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.		
- Accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires	90% B.R.	10% B.R.	-	100% B.R.			

*Handwritten notes and signatures:*  
K.S. DL  
E.B.  
N.F.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option 1		
<b>NAISSANCE</b>					
- Maternité ou adoption	Néant	5% P.M.S.S.	6.67% P.M.S.S.	11.67% P.M.S.S.	Forfait versé une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption et de justificatifs de dépenses.
<b>PRÉVENTION, BIEN ÊTRE</b>					
- Actes de prévention	OUI	OUI	-	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
- Ostéopathes	Néant	20 €	15 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 3 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement	65% B.R.	15% P.M.S.S.	15% P.M.S.S.	65% B.R. + 30% P.M.S.S.	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour le transport et l'hébergement non remboursés par l'A.M.O., versé sur présentation de justificatifs de dépenses.
<b>Assistance vie quotidienne : se référer à la notice d'information assistance.</b>					

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) A.M.C. : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) B.R. = Base de Remboursement (taux officiel Assurance Maladie)  
P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 428 € au 01/01/2021) Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé  
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

F.S DL 27 ADJ  
EB N.TI

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	PRECISIONS
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Honoraires, actes et soins</b>		
- Dépassements médecins signataires D.P.T.M.	+ 100% B.R.	
- Dépassements médecins non signataires D.P.T.M.	+ 380% B.R.	
<b>Séjours</b>		
- Frais de séjour	+ 100% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites des médecins généralistes		
- Dépassements médecins signataires D.P.T.M.	+ 100% B.R.	
- Dépassements médecins non signataires D.P.T.M.	+ 170% B.R.	
Consultations, visites des médecins spécialistes		
- Dépassements médecins signataires D.P.T.M.	+ 100% B.R.	
- Dépassements médecins non signataires D.P.T.M.	+ 170% B.R.	
<b>Sages-femmes</b>		
	+ 90% B.R. ou 100% B.R.	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
- Dépassements auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	+ 100% B.R.	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
- Examens de biologie médicale remboursés par l'A.M.O.	+ 90% B.R.	
<b>Actes d'imagerie</b>		
Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.		
- Dépassements médecins signataires D.P.T.M.	+ 100% B.R.	
- Dépassements médecins non signataires D.P.T.M.	+ 270% B.R.	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>		
- Dépassements médecins signataires D.P.T.M.	+ 100% B.R.	
- Dépassements médecins non signataires D.P.T.M.	+ 270% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
<b>Matériel médical</b>		
- Dépassements accessoires, appareillages, orthopédie	+ 200% B.R.	
- Dépassements prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	+ 240% B.R.	
<b>Transports</b>		
- Dépassements transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	+ 105% B.R.	
<b>DENTAIRE</b>		
Plafond global de remboursement de votre mutuelle de 100% P.M.S.S. par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires définis ci-dessous (hors soins et prothèses « 100% santé »).		
- Dépassements orthodontie remboursée par l'A.M.O.	+ 70% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
<b>Prothèses hors 100% Santé</b>		
Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé		
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)		
- Dépassements inlays onlays	+ 170% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
- Dépassements autres prothèses	+ 70% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
Panier à honoraires libres		
- Dépassements inlays onlays	+ 170% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
- Dépassements autres prothèses	+ 70% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>		
- Orthodontie	+ 100% B.R.R.	Base de remboursement reconstituée. Actes soumis au plafond global de remboursement.
- Implants (pose de l'implant)	+ 310 €	Forfait par implant, limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.
- Faux moignons implantaires	+ 100 €	Forfait par faux moignon implantaires, limité à 3 faux moignons implantaires par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.
- Parodontologie	+ 50 €	Forfait par acte et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.
- Actes prothétiques (couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées/vivantes)	+ 75.25 €	Forfait par acte et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.

### PRESTATIONS

### REMBOURSEMENTS

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)

### PRECISIONS

#### OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale).  
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture)

#### Classe B - Tarifs libres

Adultes et enfants

- Dépassement monture + 93 € Forfait par monture et par bénéficiaire.

#### Verres unifocaux (simple foyer)

Adultes et enfants de 16 ans et plus (âge apprécié à la date des soins)

Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)		
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	+ 25 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	+ 22 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4		
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6		
	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6		
- Classe 3	De -8 à -6,25	De 0 à 4	+ 22 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à 0	≥ 4,25		
	De 0 à +8	S+C > 6		
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	+ 23 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.

#### Verres multifocaux ou progressifs

Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)		
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	+ 84 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	+ 100 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4		
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8		
	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		
- Classe 3	De -8 à 0	≥ 4,25	+ 113 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De 0 à +8	S+C > 8		
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	+ 132 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.

Enfants de moins de 16 ans (âge apprécié à la date des soins)

Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)		
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	+ 27 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	+ 28 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4		
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6		
	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6		
- Classe 3	De -8 à -6,25	De 0 à 4	+ 26 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à 0	≥ 4,25		
	De 0 à +8	S+C > 6		
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	+ 23 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.

#### Verres multifocaux ou progressifs

Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)		
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	+ 89 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	+ 106 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4		
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8		
	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		
- Classe 3	De -8 à 0	≥ 4,25	+ 113 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
	De 0 à +8	S+C > 8		
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	+ 136 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.

#### Lentilles

- Lentilles remboursées par l'A.M.O. + 2% P.M.S.S. Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques.  
Sur prescription médicale.

- Lentilles non remboursées par l'A.M.O. + 2% P.M.S.S. Y compris lentilles jetables.

Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O. + 1% P.M.S.S. Forfait par œil et par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	PRECISIONS
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date</b>		
<b>Équipements hors 100% Santé Classe II - Tarifs libres</b>		
- Dépassement aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	+ 200% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>m</sup> après correction.
- Dépassement aides auditives plus de 20 ans	+ 200% B.R.	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
<b>NAISSANCE</b>		
- Maternité ou adoption	+ 5.83% P.M.S.S.	Forfait versé une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption et de justificatifs de dépenses.

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)      A.M.O. = Assurance Maladie Obligatoire  
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

## Garantie ELIOR RC EMPLOYES + 6 MOIS

L'employeur choisit de souscrire aux garanties suivantes :

Les montants de vos prestations sont exprimés en pourcentage du salaire brut de référence (T1/T2), sauf indication contraire.

GARANTIES DECES & RENTES	Détails relatifs à la mise en œuvre des garanties
<b>GARANTIE CAPITAL DECES / IAD (Invalidité absolue et définitive)</b>	

Assuré célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge	150%	La souscription de cette garantie est obligatoire et permet de couvrir les assurés en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) quelle qu'en soit la cause. La notion d'enfant à charge est définie dans les Conditions générales et est considérée comme personne à charge toute personne vivant sous le même toit que l'assuré et titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, hormis le conjoint. Limité à 250% du salaire annuel brut
Assuré marié, pacsé, concubin, sans personne à charge	150%	
Assuré célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge	175%	
Assuré marié, pacsé, concubin, avec une personne à charge	175%	
Majoration par personne à charge supplémentaire	25%	
Rente éducation substitutive à la majoration par personne à charge	<b>versement de la majoration par enfant à charge sous forme d'une rente éducation</b>	

### GARANTIE DOUBLE EFFET

Capital décès supplémentaire	100% du capital décès/IAD toutes causes	Versement par parts égales aux enfants à charge d'un capital en cas de décès ou d'IAD du conjoint, survenu simultanément ou dans les 12 mois suivant le décès ou l'IAD de l'assuré.
------------------------------	---	---

### GARANTIE ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES

Participant	100% FR limité à 25% PMSS	Le montant de cette allocation correspond au pourcentage du Plafond Mensuel de la sécurité sociale (PMSS) tel que défini aux conditions particulières dans la limite des frais engagés.
Enfant à charge	100% FR limités à 40% PMSS	
supplément si rapatriement de corps (assuré, enfant à charge)	100% FR limités à 30% PMSS	

### GARANTIES INCAPACITE / INVALIDITE

Détails relatifs à la mise en œuvre des garanties

Les garanties incapacité et invalidité sont Indissociables.

Le niveau de ces prestations comprend les prestations versées par la Sécurité Sociale. Le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100% de son salaire net d'activité.

### GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Franchise continue accident/maladie vie privée	6 mois <= et < 12 mois ==> 20 jours 12 mois <= et < 36 mois ==> 6 jours > 36 mois ==> 3 jours	Si l'assuré a moins de 36 mois d'ancienneté à la date de l'arrêt, l'indemnisation est limitée à 24 mois. Après épuisement des droits, en cas de rechute pour la même maladie, l'assuré pourra bénéficier d'une nouvelle indemnisation après une reprise de travail d'au moins 60 jours continus.
Prestation (en % du salaire brut)	6 mois <= et < 12 mois ==> 90% jusqu'au 183ème jour 12 mois <= et < 36 mois ==> 70% jusqu'au 24ème mois > 36 mois ==> 90% jusqu'au 183ème jour puis 70% jusqu'à la fin prestations Sécurité Sociale	
Franchise continue accident/maladie vie professionnelle (y compris accident de trajet)	6 mois <= et < 36 mois ==> 1 jour	
Prestation (en % du salaire brut)	90% jusqu'au 183ème jour 83% du 184ème jour au 240ème jour 70% jusqu'au 24ème mois	

### GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE DE TRAVAIL ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Invalidité de 1ère catégorie (en % du salaire brut)	60%
Invalidité de 2ème catégorie (en % du salaire brut)	80%
Invalidité de 3ème catégorie (en % du salaire brut)	80%

### GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE DE TRAVAIL résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Taux d'IPP (N) inférieur à 50% (en % du salaire brut)	Néant	Avec N taux d'incapacité permanente de travail
Taux d'IPP (N) supérieur à 50% (en % du salaire brut)	50%	

## Garantie ELIOR RC AGENT DE MAITRISE

L'employeur choisit de souscrire aux garanties suivantes :

Les montants de vos prestations sont exprimés en pourcentage du salaire brut de référence (T1/T2), sauf indication contraire.

GARANTIES DECES & RENTES		Détails relatifs à la mise en œuvre des garanties
<b>GARANTIE CAPITAL DECES / IAD (Invalidité absolue et définitive)</b>		
Assuré célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge	265%	La souscription de cette garantie est obligatoire et permet de couvrir les assurés en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) quelle qu'en soit la cause. La notion d'enfant à charge est définie dans les Conditions générales et est considérée comme personne à charge toute personne vivant sous le même toit que l'assuré et titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, hormis le conjoint.
Assuré marié, pacsé, concubin, sans personne à charge	310%	
Assuré célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge	380%	
Assuré marié, pacsé, concubin, avec une personne à charge	380%	
Majoration par personne à charge supplémentaire	70%	
Rente éducation substitutive à la majoration par personne à charge	versement de la majoration par enfant à charge sous forme d'une rente éducation	
<b>GARANTIE RENTE DE CONJOINT</b>		
Rente viagère	avant l'obtention de la pension de réversion: (0,60% T1 + 1,80% T2) * (65-X) A compter de l'obtention de la pension de réversion: (0,40% T1 + 1,20% T2) * (65-X)	X = âge du salarié le jour de son décès En aucun cas, la rente ne peut être inférieure à 5% du T1/T2
rente orphelin	50% de la rente viagère de conjoint calculée sur la base de la rente versée à compter de l'obtention de la pension de réversion	
<b>GARANTIE DOUBLE EFFET</b>		
Capital décès supplémentaire	100% du capital décès / IAD toutes causes	Versement par parts égales aux enfants à charge d'un capital en cas de décès ou d'IAD du conjoint, survenu simultanément ou dans les 12 mois suivant le décès ou l'IAD de l'assuré.
<b>GARANTIE ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES</b>		
Participant	100% FR limité à 25% PMSS	Le montant de cette allocation correspond au pourcentage du Plafond Mensuel de la sécurité sociale (PMSS) tel que défini aux conditions particulières dans la limite des frais engagés.
Enfant à charge	100% FR limités à 41% PMSS	
Supplément si rapatriement du corps	100% FR limités à 30% PMSS	
<b>GARANTIES INCAPACITE / INVALIDITE</b>		
Les garanties incapacité et invalidité sont indissociables. Le niveau de ces prestations comprend les prestations versées par la Sécurité Sociale. Le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100% de son salaire net d'activité.		
<b>GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL</b>		
Franchise continue	10 jours	Des indemnités journalières sont également versées en cas d'indemnisation par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance Maternité
Prestation (en % du salaire brut)	90%	
<b>GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE DE TRAVAIL ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle</b>		
Invalidité de 1ère catégorie (en % du salaire brut)	60%	
Invalidité de 2ème catégorie (en % du salaire brut)	80%	
Invalidité de 3ème catégorie (en % du salaire brut)	80%	
<b>GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE DE TRAVAIL résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle</b>		
Taux d'IPP (N) inférieur à 50% (en % du salaire brut)	néant	Avec N taux d'incapacité permanente de travail
Taux d'IPP (N) supérieur à 50% (en % du salaire brut)	80%	
<b>Mensualisation</b>		
du 1er au 10ème jour continu d'arrêt de travail	90% T1/T2	

45 DZ 32 ADJ  
EB N 17

## Garantie ELIOR RC CADRES

L'employeur choisit de souscrire aux garanties suivantes :

Les montants de vos prestations sont exprimés en pourcentage du salaire brut de référence (TA/TB/TC), sauf indication contraire.

GARANTIES DECES & RENTES		Détails relatifs à la mise en œuvre des garanties
<b>GARANTIE CAPITAL DECES / IAD (Invalidité absolue et définitive)</b>		
Assuré célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge	320%	La souscription de cette garantie est obligatoire et permet de couvrir les assurés en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (IAD) quelle qu'en soit la cause. La notion d'enfant à charge est définie dans les Conditions générales et est considérée comme personne à charge toute personne vivant sous le même toit que l'assuré et titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, hormis le conjoint.
Assuré marié, pacsé, concubin, sans personne à charge	400%	
Assuré célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge	480%	
Assuré marié, pacsé, concubin, avec une personne à charge	480%	
Majoration par personne à charge supplémentaire	80%	
Rente éducation substitutive à la majoration par personne à charge	versement de la majoration par enfant à charge sous forme d'une rente éducation non viagère	
<b>GARANTIE ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE TIERCE PERSONNE</b>		
Capital versé aux invalides bénéficiaires de la majoration tierce personne versée par la Sécurité sociale	15% PASS	
<b>GARANTIE RENTE DE CONJOINT</b>		
Rente viagère	avant l'obtention de la pension de réversion: $(0,60\% TA + 1,80\% TB + 1,35\% TC) * (65-X)$ A compter de l'obtention de la pension de réversion: $(0,40\% TA + 1,20\% TB + 0,90\% TC) * (65-X)$	X = âge du salarié le jour de son décès
en cas de décès du conjoint bénéficiaire de la rente, versement d'une rente viagère à chaque enfant à charge	50% de la rente viagère de conjoint calculée sur la base de la rente versée à compter de l'obtention de la pension de réversion	X = âge du salarié le jour de son décès
<b>GARANTIE DOUBLE EFFET</b>		
Capital décès supplémentaire	100% du capital décès / IAD toutes causes	Versement par parts égales aux enfants à charge d'un capital en cas de décès ou d'IAD du conjoint, survu simultanément ou dans les 12 mois suivant le décès ou l'IAD de l'assuré.
<b>GARANTIE ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES</b>		
Participant	100% FR limité à 25% PMSS	Le montant de cette allocation correspond au pourcentage du Plafond Mensuel de la sécurité sociale (PMSS) tel que défini aux conditions particulières dans la limite des frais engagés.
Enfant à charge	100% FR limités à 41% PMSS	
Supplément si rapatriement du corps	100% FR limités à 30% PMSS	
<b>GARANTIES INCAPACITE / INVALIDITE</b>		Détails relatifs à la mise en œuvre des garanties
<b>Les garanties incapacité et invalidité sont indissociables.</b>		
Le niveau de ces prestations comprend les prestations versées par la Sécurité Sociale. Le total des prestations perçues par l'assuré ne saurait excéder 100% de son salaire net d'activité.		
<b>GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL</b>		
Franchise continue	10 jours	Des indemnités journalières sont également versées en cas d'indemnisation par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance Maternité
Prestation (en % du salaire brut)	90%	
<b>GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE DE TRAVAIL ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle</b>		
Invalidité de 1ère catégorie (en % du salaire brut)	60%	
Invalidité de 2ème catégorie (en % du salaire brut)	80%	
Invalidité de 3ème catégorie (en % du salaire brut)	80%	
<b>GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE DE TRAVAIL résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle</b>		
Taux d'IPP (N) inférieur à 50% (en % du salaire brut)	néant	Avec N taux d'incapacité permanente de travail
Taux d'IPP (N) supérieur à 50% (en % du salaire brut)	80%	
<b>Mensualisation</b>		
du 1er au 10ème jour continu d'arrêt de travail	90% TA/TB/TC	

