



Garantie de frais de santé

Avenant 1

Entre :

La Régie de l'Eau Bordeaux Métropole, dont le siège est situé 91 rue Paulin, CS 42086, 33081 Bordeaux cedex, représentée par Monsieur Nicolas Gendreau, en qualité de Directeur Général, habilité aux fins des présentes,

Et

Les syndicats représentatifs au sein de la Régie de l'Eau Bordeaux Métropole, énumérés in fine,

Ci-après dénommés « les parties »

Est conclu le présent avenant à l'accord relatif à la garantie de frais de santé

Table des matières

PRÉAMBULE	3
PARTIE 1 – PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	4
1.1-CHAMP D'APPLICATION – CARACTÈRE COLLECTIF DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ .	4
1.2-CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ	4
1.3-RECOURS À DES ORGANISMES ASSUREURS EXTÉRIEURS	4
PARTIE 2 – FRAIS DE SANTE.....	5
2.1-BÉNÉFICIAIRES.....	5
2.2-DISPENSES D’AFFILIATION	5
2.3-NIVEAU DES GARANTIES.....	6
2.4-FINANCEMENT.....	6
2.5-ADHÉSION DES AYANTS DROIT	6
2.5.1- DÉFINITION DES AYANTS DROIT.....	6
2.5.2- MODALITÉS D’ADHÉSION DES AYANTS DROIT.....	7
2.6- MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	7
2.6.1- CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL PENDANT LES PÉRIODES RÉMUNÉRÉES OU INDEMNISÉES :	7
2.6.2- CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL PENDANT LES PÉRIODES NON RÉMUNÉRÉES OU NON INDEMNISÉES :	8
2.7- GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIVES.....	8
2.8- PORTABILITÉ	8
PARTIE 3 – DISPOSITIONS FINALES.....	9
PARTIE 4 – DEPOT	9
ANNEXE 1 – TABLEAU DES GARANTIES	11

PRÉAMBULE

Par une délibération présentée en Conseil métropolitain du 18 décembre 2020, Bordeaux Métropole a décidé de créer une régie dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, en vue d'assurer, à compter du 1^{er} janvier 2023, le service de production et de distribution de l'eau potable, confié à ce jour à la société Suez Eau France dans le cadre d'un contrat de concession de service public, et de proposer une orientation de gestion en régie pour l'exploitation de l'assainissement collectif des eaux usées et de la gestion des eaux pluviales urbaines au 1^{er} janvier 2026.

A cette fin, et en application de l'article L.1412-1 du code général des collectivités territoriales, le Conseil Métropolitain a créé une régie dotée de l'autonomie financière et de la personnalité juridique (régie personnalisée sous forme d'établissement public), dénommée « Régie de l'Eau Bordeaux Métropole ».

Le transfert de l'activité est intervenu le 1^{er} janvier 2023 et s'est accompagné du transfert à la Régie des contrats de travail des salariés de la société Suez Eau France affectés à cette activité. Ce transfert s'est opéré dans le strict cadre imposé par les dispositions de l'article L.1224-1 du code du travail.

Ont également été concernés les agents fonctionnaires titulaires et contractuels affectés au 31 décembre 2022 sur les postes rattachés aux activités de la Direction de l'Eau. Ces agents ont été transférés à la Régie de l'Eau au 1^{er} janvier 2023.

La Régie a été pleinement mobilisée sur son fonctionnement opérationnel dès le 1^{er} janvier 2023, ceci afin d'assurer la continuité du service public de l'eau.

Dans ce contexte, avec l'objectif d'apporter aux salariés pour leur situation personnelle, et à la Régie pour l'organisation de son fonctionnement à venir, la prévisibilité et la sérénité nécessaires au succès commun de ce projet, il a été décidé de négocier, dès 2021, des accords dits de transposition.

Les premières élections professionnelles ayant eu lieu à la Régie au mois de mars 2023, il est désormais possible de donner une force juridique à ces accords avec la signature des organisations syndicales représentatives issues de ces élections. Un accord de substitution relatif à la garantie de frais de santé a été signé le 28 avril 2023 avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Dans le cadre de la passation d'un nouveau marché public sur la garantie de frais de santé, les parties se sont rencontrées pour négocier le présent avenant afin d'adapter les garanties offertes aux salariés et prendre en compte les évolutions réglementaires.

PARTIE 1 – PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.1-Champ d'application – caractère collectif du régime complémentaire de frais de santé

Le régime complémentaire de frais de santé s'appliquera à l'ensemble du personnel lié à la Régie par un contrat de travail.

Il s'agit non seulement des salariés en tant que tels mais également des fonctionnaires détachés, peu important la durée du contrat de travail, sauf éventuellement condition d'ancienneté dans le respect des dispositions légales applicables ou la durée du travail (salarié à temps complet ou à temps partiel).

En outre, en application des dispositions légales en vigueur, les dispositions de cet accord ne s'appliqueront pas aux personnes suivantes :

- ❖ Stagiaires, c'est-à-dire intervenant dans le cadre d'une convention de stage entre la Régie et une école, une université ou un organisme de formation.
- ❖ Travailleurs temporaires et salariés mis à disposition conservant leur contrat de travail, auprès de leur employeur d'origine.

1.2-Caractère obligatoire du régime complémentaire de couverture des frais de santé

Le régime instauré par l'avenant n°1 à l'accord relatif à la garantie de frais de santé est à adhésion obligatoire.

Il s'impose donc à tous les salariés de la Régie sous la seule réserve le cas échéant des hypothèses de dispense d'affiliation qui seraient prévues dans le strict respect des cas limitativement énumérés par le code de la sécurité sociale.

1.3-Recours à des organismes assureurs extérieurs

La couverture du régime complémentaire de frais de santé est assurée par un prestataire extérieur.

La Régie de L'Eau Bordeaux Métropole ayant la nature d'un établissement public industriel et commercial, le choix des organismes assureurs devra néanmoins résulter d'appels d'offres passés conformément au code de la commande publique.

La Régie engagera les procédures à cet effet pour que le régime soit susceptible d'être mis en place dès le 1^{er} janvier 2026.

PARTIE 2 – FRAIS DE SANTE

2.1-Bénéficiaires

Sont obligatoirement affiliés au régime complémentaire de frais de santé prévu ci-après la totalité de salariés et fonctionnaires détachés de la Régie présents et à venir, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'article ci-après et des dispenses d'affiliation d'ordre public.

2.2-Dispenses d'affiliation

Les dispenses d'affiliation mentionnées ci-après reposent sur les dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la conclusion de l'accord, dont notamment celles de l'article R 242-1-6 du code de la sécurité sociale. En cas d'évolution de la réglementation applicable, les parties se réuniront pour apprécier si une révision de l'accord se justifie.

➤ **Salariés employés au titre de contrat à durée déterminée**

Les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée peuvent demander par écrit, quelle que soit leur date d'embauche, une dispense d'affiliation au régime de frais de santé.

Si le contrat à durée déterminée est supérieur à 12 mois, le salarié doit justifier par écrit, à l'appui de sa demande, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garantie. Si le contrat est inférieur à 12 mois, aucune justification ne lui sera demandée.

➤ **Apprentis**

Les titulaires d'un contrat d'apprentissage peuvent demander également par écrit, quelle que soit leur date d'embauche, une dispense d'affiliation au régime de frais de santé dans les hypothèses suivantes :

- si le contrat d'apprentissage n'excède pas 12 mois, l'apprenti peut demander une dispense d'affiliation sans justification ;
- si le contrat d'apprentissage excède 12 mois, l'apprenti peut demander une dispense d'affiliation s'il justifie par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- en tout état de cause, l'apprenti peut demander une dispense d'affiliation si l'affiliation le conduit à verser une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

➤ **Salariés à temps partiel**

Les salariés à temps partiel peuvent demander, quelle que soit leur date d'embauche, à être dispensés d'affiliation si cette affiliation les conduit à verser une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

➤ **Salariés déjà bénéficiaires d'une couverture individuelle frais de santé**

Quelle que soit leur date d'embauche, et conformément à l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé peuvent être dispensés d'affiliation au régime frais de santé jusqu'à l'échéance de leur contrat individuel et sous réserve d'en faire la demande à la Régie en produisant le justificatif.

➤ **Salariés bénéficiaires d'un autre régime de couverture de frais de santé :**

Conformément à l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficiaires d'un autre régime collectif de frais de santé conforme à ceux fixés par arrêté ministériel, y compris en qualité d'ayants droit, peuvent demander, par écrit, à être dispensés d'affiliation au régime de frais de santé. Ils devront en faire la demande par écrit à la Régie et fournir un justificatif.

2.3-Niveau des garanties

Les prestations du régime de frais de santé sont décrites dans le contrat souscrit auprès de l'organisme assureur et reprises dans le tableau joint en annexe n°1. Le versement de ces prestations relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Le régime ainsi que le contrat souscrit sont mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires régissant les contrats d'assurance maladie complémentaires responsables tels que décrits aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Les parties conviennent que toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition des contrats « responsables », ou les conditions d'exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au régime obligatoire (dit « de base »). Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l'ensemble de ces dispositions légales ou réglementaires.

2.4-Financement

Le montant de la cotisation sera déterminé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Ce plafond est susceptible d'évoluer pendant la durée d'application du présent accord.

Il est convenu d'une répartition de la cotisation comme suit :

Composition familiale	Part salarié (% de la cotisation totale)	Part Régie (% de la cotisation totale)
Salarié isolé	34%	66%
Salarié isolé avec un enfant	34%	66%
Salarié isolé avec deux enfants et plus	34%	66%
Salarié et conjoint	34%	66%
Salarié et conjoint avec un enfant	34%	66%
Salarié et conjoint avec deux enfants et plus	34%	66%

La Régie remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

2.5-Adhésion des Ayants droit

2.5.1- Définition des ayants droit

Les ayants droit sont les personnes rattachées au salarié définies comme suit :

➤ Conjoint :

- La personne légalement mariée non séparée de corps judiciairement au sens des articles 143 et suivants du code civil,
- Le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité conclu au titre des articles 515-1 et suivants du code civil,
- Le concubin du salarié sous réserves que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal du salarié et de son concubin soit identique.

➤ **Enfants à charge :**

- Les enfants n'ayant pas atteint l'âge de leur majorité et qui n'exerce pas d'activité professionnelle, à la charge du salarié ou de son conjoint en qualité d'ayant droit, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou recueillis,
- Les enfants âgés de moins de 28 ans et qui :
 - sont rattachés fiscalement au salarié ou au conjoint de ce dernier,
 - ou poursuivant leurs études, quel que soit l'établissement d'enseignement,
 - ou sont en recherche d'emploi et inscrits à Pôle Emploi,
 - ou suivent une formation, quel que soit le statut et l'établissement d'enseignement de rattachement, avec contrat de travail (alternance),
 - ou sont employés dans un Centre d'aide par le travail en tant que travailleurs handicapés,
- Les enfants infirmes et titulaires de la carte d'invalidité (article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles) ou bénéficiaires de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé (article L541-1 du code de la sécurité sociale) ou de l'allocation aux adultes handicapés (article L821-1 du code de la sécurité sociale) sous réserves que leur état ait été reconnu avant l'âge de 21 ans,
- Les enfants nés dans les 300 jours postérieurement au décès du salarié et dont la filiation avec celui-ci est établie, ou ceux nés par fécondation in vitro, sont considérés comme enfants à charge.

➤ **Ascendants :**

Personnes rattachées fiscalement au salarié ou à son conjoint et vivant sous le même toit.

2.5.2- Modalités d'adhésion des ayants droit

Les ayants droit doivent adhérer obligatoirement au régime de frais de santé sauf s'ils justifient d'être déjà couverts par ailleurs à titre obligatoire.

2.6- Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

2.6.1- Cas de suspension du contrat de travail pendant les périodes rémunérées ou indemnisées :

Le bénéfice des garanties de frais de santé est maintenu au profit des salariés (et de leurs ayants-droits), dont le contrat de travail est suspendu 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 la Régie, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par la Régie. 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 qu'en période de congé rémunéré par la Régie (reclassement, mobilité...).

La Régie et le salarié continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée.

2.6.2- Cas de suspension du contrat de travail pendant les périodes non rémunérées ou non indemnisées :

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni perception d'indemnités journalières, peuvent également continuer à bénéficier des garanties d'assurance santé, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part patronale et part salariale) définie au tableau des cotisations du régime de frais de santé.

Par dérogation, les salariés en congé parental d'éducation, congé de solidarité familiale ou de présence parentale qui bénéficiaient d'une couverture frais de santé avant la suspension de leur contrat de travail peuvent continuer à bénéficier des garanties d'assurance santé et du maintien de la part employeur de la cotisation sous réserve de s'acquitter pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail de la part salariale de la cotisation due définie au tableau des cotisations du régime de frais de santé.

2.7- Garanties surcomplémentaire facultatives

Pour les adhésions aux garanties surcomplémentaire à adhésion facultative, le salarié verse mensuellement, à terme à échoir, le montant des cotisations sous forme de prélèvement sur son compte bancaire.

Le montant de la cotisation sera déterminé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Ce plafond est susceptible d'évoluer pendant la durée d'application du présent accord. Le taux de cotisation est pris en charge à 100% par le collaborateur.

2.8- Portabilité

Conformément à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 codifié à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le salarié et ses ayants droit bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties 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, et ce dans la limite des dispositions prévues par la réglementation.

PARTIE 3 – DISPOSITIONS FINALES

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entre en vigueur à sa date de signature.

Il pourra :

- être révisé à la demande de la direction ou d'une ou plusieurs organisations syndicales signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement. La demande de révision devra être portée à la connaissance de l'autre partie contractante par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans une telle hypothèse, les parties conviennent de se réunir pour négocier sur la révision de l'accord.
- être dénoncé à tout moment par les parties signataires. Une telle dénonciation prendra effet au terme d'un préavis de 3 mois. Elle devra être notifiée par son auteur aux autres signataires de l'accord par lettre recommandée avec accusé de réception.

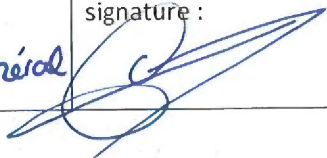
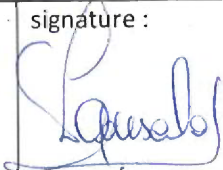
En cas de difficultés d'application, les parties signataires se réuniront à l'initiative de la partie la plus diligente afin d'examiner les aménagements à apporter par voie d'avenant.

Toute disposition antérieurement en vigueur au sein des entités transférées et de la Régie, qu'elle soit issue des accords collectifs (de branche, de groupe ou d'entreprise), des décisions unilatérales ou des usages, et ayant le même objet que celui visé ici cesse de produire ses effets à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

PARTIE 4 – DEPOT

Conformément aux articles L.2231-6, D.2231-2 et D. 2231-4 du code du travail, le présent accord sera déposé sur la plateforme de téléprocédure du Ministère du travail (<https://www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr>) et transmis au greffe du conseil de prud'hommes de Bordeaux.

Fait à Bordeaux, le 13 mai 2025.

Pour la Régie de l'Eau Bordeaux Métropole	représentée par : Nicolas Gendreau	en sa qualité de : Directeur Général	signature : 
Pour la CFE-CGC	représentée par : Gilles KANSALOS	en sa qualité de : DS. adj	signature : 
Pour la CGT	représentée par : Luc Milherant	en sa qualité de : DS adjoint	signature : 
Pour FO	représentée par : Frédéric RINEUR	en sa qualité de : RS Délégué par FO	signature : 

Annexe 1 – Tableau des garanties

Régie de l'Eau Bordeaux Métropole

Collège : Ensemble du personnel - Portabilité - Adh. Loi Evin

AMO
en % BR

Base obligatoire

Renfort

HOSPITALISATION (1)

SECTEUR CONVENTIONNE

Frais de séjour	80%	300 % BR	(+) 150 %BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	300 % BR	(+) 150 %BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	200 % BR	
Actes de spécialités - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	300 % BR	(+) 150 %BR
Actes de spécialités - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	200 % BR	
Frais d'accompagnement (- de 16 ans) - Par jour et limité à 60 jours	Néant	3 % PMSS	
Chambre particulière (chir. méd. mater.) (1a) - Par jour	Néant	3 % PMSS	
Chambre particulière en ambulatoire (chir. méd. mater.) - Par jour	Néant	3 % PMSS	
Chambre particulière en suite de soins (1a) - Par jour	Néant	3 % PMSS	
(Etablissements spécialisés de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence)	Néant	3 % PMSS	
Chambre particulière en psychiatrie (1a) - Par jour	Néant	3 % PMSS	
Forfait journalier hospitalier (1b)	Néant	3 % PMSS	
Forfait Patient Urgences	Néant	Frais réels	
Participation "actes lourds"	Néant	Frais réels	
Frais de télévision - Par jour - Limités à 60 € par an	Néant	Frais réels	

SECTEUR NON CONVENTIONNE

Frais de séjour	80%	90 % Frais réels	
Chambre particulière avec nuitée (chir. méd. mater.) (1a) - Par jour	Néant	3,00 % PMSS	
Chambre particulière en ambulatoire (chir. méd. mater.) - Par jour	Néant	3,00 % PMSS	
Chambre particulière en suite de soins (1a) - Par jour	Néant	3,00 % PMSS	
(Etablissements spécialisés de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence)	Néant	3,00 % PMSS	
Chambre particulière en psychiatrie (1a) - Par jour	Néant	3,00 % PMSS	
Forfait journalier (1b)	Néant	Frais réels	

OPTIQUE (2)

EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (monture + verres) (équipement 100% santé)

Forfait Monture	60%	100% PLV	
Forfait par Verre	60%	100 % PLV	

EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (monture limitée à 100 € + verres) (Le rbt AMO est inclus au forfait)

Envoyé en préfecture le 17/12/2025

Reçu en préfecture le 17/12/2025

Publié le



ID : 033-895134674-20251216-20250411-DE

FR- unsp me



A - Equipement 2 verres simples	60%	270 €	(+) 150 €
B - Equipement MIXTE : 1 verre simple de catégorie A + 1 verre complexe de catégorie C	60%	410 €	(+) 150 €
C - Equipement 2 verres complexes	60%	600 €	(+) 100 €
D - Equipement MIXTE : 1 verre simple de catégorie A + 1 verre très complexe de catégorie F	60%	510 €	(+) 100 €
E - Equipement MIXTE : 1 verre complexe de catégorie C + 1 verre très complexe de catégorie F	60%	700 €	(+) 50 €
F - Equipement 2 verres très complexes	60%	750 €	(+) 50 €
SUPPLEMENTS OPTIQUES			
CLASSE A			
Suppléments optiques ayant un PLV	50%	100 % PLV	
Suppléments optiques n'ayant pas de PLV	50%	100 % BR	
CLASSE B			
Appariage de verre d'indice de réfraction différent	Néant	Néant	
Tous suppléments optiques	60%	100 % BR	
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES			
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	Néant ou 60%	(Néant ou 100% BR) +	(+) 4 % PMSS
Chirurgie ophtalmologique - Par œil	Néant	20 % PMSS	(+) 5 % PMSS
DENTAIRE			
PROTHESES DENTAIRES			
PANIER DE SOINS 100% santé			
Soins, Prothèses et réparations remboursés par l'AMO	60%	100 % HLF	
Inlay-Core	60%	100 % HLF	
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO	60%	100 % HLF	
PLAFOND ANNUEL : Néant (3)			
PANIER DE SOINS AUX TARIFS MAITRISES (dans la limite des HLF) OU TARIFS LIBRES			
Prothèses et réparations remboursées par l'AMO (3)	60%	470 % BR	(+) 10 % PMSS
Inlay-Core (3)	60%	470 % BR	(+) 10 % PMSS
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO (3)	60%	470 % BR	(+) 10 % PMSS
Soins dentaires (y compris détartrage remboursé par l'AMO)	60%	200 % BR	(+) 10 % PMSS
Inlays-onlays	60%	470 % BR	(+) 10 % PMSS
Parodontologie (et maladies associées) remboursée par l'AMO - Crédit annuel	60%	450 €	(+) 10 % PMSS
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances	60%	370 % BR	
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES			
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	450 % BR	(+) 200 € par semestre
Orthodontie non remboursée par l'AMO (3) - Par semestre	Néant	677,25 €	(+) 200 € par semestre
Prothèses non remboursées par l'AMO (3) - Par dent ou par appareil	Néant	420 €	
Parodontologie non remboursée par l'AMO - Crédit annuel (3)	Néant	450 €	(+) 10 % PMSS

Page 12 sur 15 F.N. CMSF

Implantologie non remboursée par l'AMO - Par implant, limité à 2 implants / an / bénéficiaire	Néant	25 % PMSS	(+) 10 % PMSS
AIDES AUDITIVES (4)			
Aides auditives CLASSE 1			
Enfant et adulte (équipement 100% santé) - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	100% PLV	
Aides auditives CLASSE 2 (plafond 1 700 € / oreille)			
Enfant jusqu'à 19 ans inclus - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	460 % BR	
Adulte - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	260 % BR	
Piles et accessoires	60%	100 % BR	
SOINS COURANTS			
Consultations - visites Généralistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	200 % BR	100 % BR
Consultations - visites Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	200 % BR	
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	300 % BR	120 % BR
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	200 % BR	
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	300 % BR	120 % BR
Actes de spécialité - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	200 % BR	
Imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	300 % BR	70 % BR
Imagerie médicale - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	200 % BR	
Télésurveillance médicale	Rbt AMO	100 % BR	
Honoraires paramédicaux	60%	200 % BR	160 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60%	200 % BR	160 % BR
Transport	55%	100 % BR	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	65%	100 % BR	
Médicaments remboursés par l'AMO	15%-30%-65%	100 % BR	
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	60%-65%-100%	300 % BR	70 % BR
CURES THERMALES			
Forfait cure remboursée par l'AMO (transport, hébergement, soins)	65%	65% +	
Surveillance médicale	70%	100 % BR	
PREVENTION - BIEN ETRE			
Actes de prévention remboursés par l'AMO			
Médecine complémentaire (MC Spé) : acupuncture, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étiothérape, homéopathe, méthode Mézières, miro-kinésithérapie, nutritionniste, ostéopathe, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, réflexologue, sophrologue. (Praticiens ayant obtenu un diplôme et ayant un N° RPPS ou ADELI ou FINESS ou SIREN)	Néant	50 € / séance (limité à 3 séances/ an)	(+) 2 séances supplémentaires à 50 €
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien reconnu professionnellement et habilité à effectuer de tels actes, par enfant de moins de 12 ans	Néant	1,25 % PMSS	
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO - Crédit annuel	Néant	45 €	

Page 13 sur 15
 FN - CM SF MG

Examen de dépistage de l'ostéoporose non remboursée par l'AMO - Crédit annuel	Néant	45 €
Substituts nicotiniques - Crédit annuel	Néant	100 €
Médicaments prescrits non remboursés et délivrés en pharmacie (parapharmacie exclue) (Code CIP commençant par 3400) - Crédit annuel	Néant	50 €
Vaccins non remboursés par l'AMO - Crédit annuel	Néant	200 €
		(+) 150 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES		
Prestation maternité / adoption (*) (**)	Néant	20 % PMSS
GARANTIE ASSISTANCE vie quotidienne	Néant	Oui

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. Si le médecin n'est pas conventionné avec l'Assurance Maladie, la base de remboursement est celle du tarif d'autorité.

(1a) La prise en charge de la chambre particulière est sans limitation ni exclusion.

(1b) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(2) Optique : Possibilité de choisir la monture en classe A ou B et de prendre les verres dans l'autre classe.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants.

Cette période est ramenée à 1 an (glissant) pour un équipement (1 monture et 2 verres), en cas d'évolution de la correction optique selon certains critères.

Pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois glissants.

Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas de d'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans tous les cas : Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières, sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Lors d'un achat d'un équipement (monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).

La prise en charge de 2 équipements simultanés est possible dans certains cas particuliers, sous réserve d'une ordonnance de l'ophtalmologiste le précisant.

(4) Aides auditives : Le remboursement de l'aide auditive est soumis pour la classe 1 au prix limite de vente et, pour la classe 2, au plafond de remboursement (AMO + Mutuelle) de 1 700 € / oreille dans la limite de la dépense. Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans.

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (**) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivant la naissance ou l'adoption.

Dispositif MonPsy : les consultations de psychologues seront prises en charge dans les conditions strictes du décret 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / BRR : Base de Remboursement Reconstituée / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale /

TM : Ticket modérateur / PLV : Prix Limite de Vente / HLF : Honoraires Limites de Facturation.

Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.



F A C M S R

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO) à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO). Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

Frais engagés à l'étranger :

La présente grille de garantie s'applique aux seuls soins réalisés et frais engagés sur le territoire français.

Les soins réalisés et les frais engagés à l'étranger font l'objet d'une exclusion de garantie, sauf en cas de prise en charge par l'assurance maladie française ; dans ce cas, la mutuelle viendra en complément de la prise en charge de la sécurité sociale en appliquant les pourcentages et bases de remboursements français, plafonnés aux frais réellement engagés.

Dans le cas d'une prise en charge par l'assurance maladie française ne s'appliquant qu'à une partie des frais engagés à l'étranger, aucune prestation ne sera versée par la mutuelle pour les autres frais.

FN. LM SF MF