

AVENANT N° 4 A L'ACCORD RELATIF A
LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE MALADIE OBLIGATOIRE
DES CADRES

Après avoir rappelé que :

Un accord relatif à la couverture complémentaire maladie obligatoire des cadres a été signé le 15 décembre 2000 avec les six organisations syndicales représentatives des salariés de PEUGEOT CITROEN AUTOMOBILES S.A., ci-après désignée « la Société ».

Cet accord est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001 et a fait l'objet d'un contrat d'assurance souscrit auprès de l'Institution de Prévoyance MEDERIC PREVOYANCE, ci-après dénommé « l'Organisme Assureur ».

Trois avenants à l'accord initial ont été signés avec les six organisations syndicales représentatives des salariés de la Société, qui ont modifié et mis à jour l'ensemble des dispositions prévues par l'accord initial du 15 décembre 2000 :

- l'avenant n° 1, signé le 9 janvier 2006
- l'avenant n° 2, signé le 18 janvier 2007
- l'avenant n° 3, signé le 17 octobre 2007

Le présent avenant n° 4 modifie et met à jour l'ensemble des dispositions prévues par l'accord et les trois avenants précédents.

Le présent avenant n° 4 sera ci-après désigné « l'Accord ».

Les parties se sont réunies et ont pris connaissance :

- des obligations résultant de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 qui organise dans certaines conditions le maintien de la couverture santé et prévoyance des anciens salariés bénéficiaires des allocations de retour à l'emploi ;
- des nouvelles conditions réglementaires qui s'appliquent au 1^{er} janvier 2009, rendent nécessaire de redéfinir la catégorie des bénéficiaires et le périmètre d'application de l'Accord ;
- la situation spécifique des invalides dont le contrat de travail est maintenu.

Il a donc été décidé ce qui suit en application de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, après information et consultation du Comité Central d'Entreprise de la Société.

cc
M
FD MR

Article 1 – Objet

L'Accord modifie et met à jour, à compter du 1er janvier 2009, l'ensemble des dispositions prévues par l'accord initial et les trois avenants précédents, soit :

- l'accord initial du 15 décembre 2000
- l'avenant n° 1, signé le 9 janvier 2006
- l'avenant n° 2, signé le 18 janvier 2007
- l'avenant n° 3, signé le 17 octobre 2007

L'Accord a pour objet l'adhésion obligatoire des bénéficiaires de l'Accord au contrat collectif, ci-après désigné par « le Contrat ». Le Contrat est souscrit par PEUGEOT S.A. auprès de l'Organisme Assureur sur la base du résumé de garanties établi par l'Organisme Assureur, figurant à l'Annexe 1 à l'Accord, et auquel sera substitué le Contrat dès qu'il sera signé. La Société adhérera au Contrat par avenant d'adhésion.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité Sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet de la présente convention, réexaminer le choix de l'Organisme Assureur désigné ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'interdisent pas avant cette date, la modification, ou dénonciation ou le non renouvellement d'un commun accord, du Contrat, suite à un avenant au présent Accord.

Ces dispositions se substituent et annulent celles résultant d'accords d'entreprise ou d'établissement, d'usage ou de pratiques de même nature, antérieurement en vigueur.

Article 2 – Date d'entrée en vigueur

L'Accord dans sa nouvelle forme entre en vigueur le 1^{er} juin 2009.

Article 3 – Périmètre de l'accord

Le présent Accord est un accord cadre dont la mise en œuvre se fera par le biais de la conclusion d'accords d'établissement.

Ces accords d'établissement pourront décider d'appliquer le présent dans leurs périmètres respectifs.

Le présent Accord cadre n'est pas divisible et devra être repris à l'identique.

En application de l'article L. 2261-3 du Code du Travail, la société Peugeot S.A. adhérera à l'Accord.

CM
 CL
 FO
 A
 MR

En application de l'article L. 2261-3 du Code du Travail, les sociétés contrôlées directement ou indirectement à au moins 50 % par la société Peugeot SA, les sociétés actionnaires de Peugeot S.A., pourront adhérer à l'Accord. L'adhésion d'une société à l'Accord ne peut exclure certains établissements. L'adhésion à l'Accord sera soumise à l'accord préalable de Peugeot S.A.

L'adhésion à l'Accord, telle que prévue à l'alinéa précédent, entraînera l'adhésion obligatoire des bénéficiaires concernés au Contrat, qui prendra la forme d'un avenant d'adhésion au Contrat signé par la société concernée.

Si une société ou un établissement faisant partie du périmètre de l'Accord cesse de remplir les conditions qui ont permis son adhésion, ou en cas de dénonciation de son adhésion à l'Accord, elle ou il sortira automatiquement du périmètre de l'Accord sous réserve des dispositions prévues aux articles L 2261-9 et suivants du Code du Travail et le Contrat cessera de s'appliquer aux bénéficiaires concernés dès que l'Accord aura cessé de produire ses effets pour ces mêmes bénéficiaires. La cessation de l'application du Contrat aux bénéficiaires prendra la forme d'un avenant de résiliation au Contrat signé par la société concernée.

A la date d'entrée en vigueur de l'Accord, les sociétés ou établissements adhérents à l'avenant n° 1, modifié par les avenants n° 2 et n° 3 continueront de faire partie du périmètre de l'Accord pour la catégorie de bénéficiaires précisée dans l'avenant d'adhésion à l'avenant n° 1, sous réserve qu'il ou elle adhère à l'Accord dans un délai de 6 mois, selon les formes prévues au présent article, faute de quoi elle sortirait automatiquement du périmètre de l'Accord, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Article 4 – Bénéficiaires de l'Accord

Sont bénéficiaires de l'Accord sans condition d'ancienneté, les salariés et assimilés salariés au sens de la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie ingénieurs et cadres, dont le contrat de travail n'est pas suspendu au sens de l'Accord, et qui relèvent du périmètre de l'Accord défini à l'article 3. La catégorie des ingénieurs et cadres est celle définie à l'article 4 de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947.

Le contrat de travail est considéré comme suspendu au sens de l'Accord dès lors que le salarié ne perçoit pas de rémunération liée à son activité, ni d'indemnisation au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ni revenu de remplacement versé par la Société, sur un mois civil complet. Si la suspension du contrat de travail est suffisamment courte pour ne pas inclure un mois civil complet, le salarié demeure bénéficiaire.

En cas de rupture du contrat de travail, le salarié cesse immédiatement d'être bénéficiaire de l'Accord.

Par exception à l'alinéa précédent, sont bénéficiaires de l'Accord, conformément à l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, et à compter de la date de mise en œuvre de cet article, les anciens salariés de la Société, bénéficiaires de l'Accord, et dont le contrat de travail a fait l'objet d'une rupture ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le bénéfice de l'Accord est assuré pendant la période ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée maximum égale à 1/3 de la durée de leur droit à indemnisation sans pouvoir être inférieure à trois mois.

L'adhésion au Contrat est obligatoire pour les bénéficiaires de l'Accord. Elle résulte de la signature de l'Accord par les organisations syndicales représentatives. Elle s'impose dans les relations individuelles de travail.

Article 5 – Bénéficiaires des garanties du Contrat

Sont bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du Contrat, les bénéficiaires de l'Accord, leurs enfants et leur conjoint à charge, le terme « conjoint » désignant tant la personne mariée avec le bénéficiaire de l'Accord, que liée au bénéficiaire de l'Accord par un pacte civil de solidarité, que vivant maritalement avec le bénéficiaire de l'Accord à condition d'en apporter la preuve. Le conjoint est considéré à charge dans les conditions suivantes :

- s'il est à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- ou si ses revenus sont inférieurs au seuil permettant d'accéder à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Les modalités pratiques de justification de cette situation sont décrites dans le Contrat.

Le conjoint d'un bénéficiaire de l'Accord qui n'est pas considéré comme à charge au sens de l'alinéa précédent, peut cependant être bénéficiaire à titre facultatif des garanties du Contrat dans le cadre d'une extension de la couverture. Cette extension facultative est réalisée à l'initiative du bénéficiaire de l'Accord, moyennant une cotisation spécifique à sa charge exclusive et dont le montant est fixé par le Contrat, en tenant compte de l'équilibre technique propre à cette population.

Article 6 – Financement des prestations versées aux bénéficiaires à titre obligatoire des garanties

6.1 - Cotisations

Les cotisations servant au financement des prestations du Contrat, qui sont versées aux bénéficiaires à titre obligatoire des garanties, sont prises en charge par la Société et par les bénéficiaires de l'Accord dans les conditions suivantes.

L'assiette des cotisations est constituée de :

- PMSS : plafond mensuel de la Sécurité Sociale.
- TB : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS, la rémunération mensuelle prise en compte étant constituée des sommes soumises à cotisations de Sécurité sociale, prévues à l'article L 242-1 du code de la Sécurité sociale, à l'exception des sommes isolées au sens des régimes de retraite complémentaire obligatoires.

Pour le calcul des cotisations, la cotisation assise sur la TB fait l'objet d'une régularisation en fonction du cumul des rémunérations perçues sur la période d'assurance.

Au 1^{er} janvier 2009, la cotisation mensuelle hors taxes au titre d'un bénéficiaire de l'Accord s'élève à :

	Taux de cotisation global
Bénéficiaire affilié au Régime général	2,437 % du PMSS Plus 0,785 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	1,336 % du PMSS Plus 0,432 % TB

A cette cotisation mensuelle hors taxes, viendront s'ajouter les taxes en vigueur. A titre d'information, au 1^{er} janvier 2009, les taxes en vigueur consistent en la taxe CMU au taux de 5,90 % assise sur la cotisation mensuelle.

La cotisation mensuelle y compris taxes sera obtenue en arrondissant au pourcentage le plus proche avec trois décimales.

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale y compris les taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élève au 1^{er} janvier 2009 à :

	Taux de cotisation global
Bénéficiaire affilié au Régime général	2,590 % du PMSS Plus 0,834 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	1,420 % du PMSS Plus 0,459 % TB

La cotisation mensuelle est répartie 25 % à la charge de la Société et 75 % à la charge du bénéficiaire de l'Accord, la part à la charge du bénéficiaire étant arrondie au pourcentage inférieur avec trois décimales.

Les bénéficiaires de l'Accord reconnus invalides de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale sont exonérés de toute cotisation.

Pour le financement du maintien des garanties aux anciens salariés de la Société visés à l'alinéa 4 de l'article 4, les parties sont dans l'attente de précisions sur les modalités d'application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008. Elles conviennent que le principe de mutualisation avec le financement des garanties des salariés interviendra si le paiement de la part de cotisations par l'ancien salarié au moment de son départ ne s'avère pas réalisable totalement ou partiellement.

La mise en place d'un précompte sur les indemnités de départ nécessitera une nouvelle réunion avec les organisations syndicales.

6.2 – Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au Contrat est obligatoire pour les bénéficiaires de l'Accord.

Elle résulte de la signature de l'Accord par les organisations syndicales représentatives des salariés. 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 cotisation.

6.3 – Evolution ultérieure de la cotisation hors taxes

Il est expressément convenu que l'obligation de financement de la Société se limite au seul paiement des cotisations définies à l'article 6.1, calculées à partir des taux arrêtés à cette date. En aucun cas la Société ne s'engage sur les prestations définies à l'annexe n° 1, qui relèvent de la seule responsabilité de l'Organisme Assureur.

Par conséquent, en cas d'augmentation des cotisations hors taxes, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres/primes au sein du Contrat, l'obligation de la Société sera limitée au paiement des seules cotisations à la charge de la Société telle que définies à l'article 6.1.

Toute modification des taux hors taxes ou des assiettes de cotisations prévues pour le Contrat, devra faire l'objet d'un avenant à l'Accord.

A défaut d'avenant, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'Organisme Assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

Article 7 – Garanties optionnelles – Maintien d'une couverture santé

L'Organisme Assureur proposera un contrat collectif spécifique « Prestations améliorées » ayant pour objet d'améliorer les garanties prévues au Contrat. A ce contrat collectif spécifique, « Prestations améliorées », pourront adhérer à titre facultatif les bénéficiaires de l'Accord. La cotisation, fixée par le contrat « Prestations améliorées », sera à la charge exclusive du bénéficiaire de l'Accord.

Conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'Organisme Assureur proposera un ou plusieurs contrats d'assurance complémentaire santé, offrant des garanties similaires à celles du Contrat.

A ces contrats d'assurance complémentaire santé, pourront adhérer à titre facultatif et sans condition de durée, les anciens bénéficiaires de l'Accord : retraités ou dont le contrat de travail a été rompu du fait de l'employeur ou suspendu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la cessation ou la suspension du Contrat.

A ces contrats d'assurance complémentaire santé pourront également adhérer, à titre facultatif et pour une durée maximale qui sera définie par le contrat d'assurance complémentaire santé choisi, durée qui ne pourra être inférieure à douze mois, les personnes anciennement garanties par le contrat, du fait d'un bénéficiaire de l'Accord, bénéficiaire désormais décédé, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès.

La cotisation fixée par chaque contrat d'assurance complémentaire santé choisi sera à la charge exclusive des assurés.

Les salariés de la Société qui, à la date d'effet de l'Accord, étaient bénéficiaires de l'avenant n° 1, modifié par les avenants n° 2 et 3, mais qui n'appartiennent pas à la catégorie des ingénieurs et cadres telle que définie à l'article 4 de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947, pourront continuer d'adhérer à titre facultatif au Contrat.

Article 8 – Informations

8.1 – Information individuelle

La Société informera chaque salarié bénéficiaire de l'Accord et tout nouvel embauché bénéficiaire de l'Accord qu'une notice d'information détaillée, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application, est mise à sa disposition.

Les salariés bénéficiaires de l'Accord seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification future des garanties.

8.2 – Information collective

Conformément à la loi, le Comité Central d'Entreprise sera informé et consulté sur les éventuelles futures modifications des cotisations et garanties instaurées par l'accord.

Article 9 – Modalités de suivi de l'Accord

La commission de suivi d'application de l'Accord est constituée de représentants de la Direction, et de trois représentants de chaque organisation syndicale, signataire de l'Accord.

Elle se réunit au moins une fois par an, afin notamment d'examiner les comptes de résultat du Contrat, d'analyser l'évolution de la consommation médicale du Contrat et d'agir préventivement si nécessaire.

Article 10 – Durée de l'Accord – Modification – Dénonciation

L'Accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu à l'article L. 2261-7 et L 2261-8 du Code du Travail. Il pourra également être dénoncé à tout moment, soit par la direction de l'Entreprise, soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives des salariés signataires. La dénonciation sera régie par les articles L. 2261-9 et suivants du Code du Travail. Le préavis de dénonciation est fixé à deux mois. En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'Organisme Assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du Contrat.

La résiliation par l'Organisme Assureur du Contrat emporte de plein droit caducité de l'Accord par disparition de son objet.

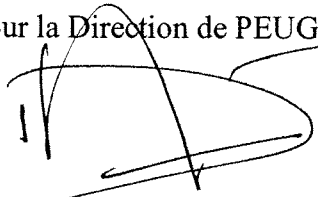
Article 11 – Dépôt – Publicité

Conformément à la loi, le présent avenant sera déposé à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et au secrétariat-greffe du Conseil des Prud'hommes.

Cet Accord sera porté à la connaissance du personnel.

AVENANT N° 4 A L'ACCORD RELATIF A LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE MALADIE OBLIGATOIRE DES CADRES

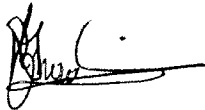
Pour la Direction de PEUGEOT CITROEN AUTOMOBILES S.A.



Denis MARTIN
Directeur des Ressources Humaines

Pour les Organisations Syndicales

CFDT



Monsieur Ricardo MADEIRA

CGT

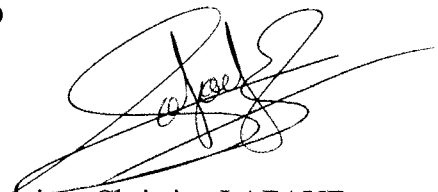
Monsieur Marcel MERAT

CFE/CGC



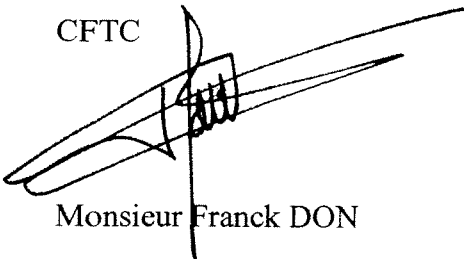
Madame Anne VALLERON

FO



Monsieur Christian LAFAYE

CFTC



Monsieur Franck DON

GSEA



Monsieur Serge MAFFI

Fait à Poissy, le 10 avril 2009

RESUME DES GARANTIES DU CONTRAT au 1^{er} janvier 2009 (hors Alsace Moselle)

FRAIS COUVERTS	Prestations complémentaires à la Sécurité sociale
HOSPITALISATION (Etablissements conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires Forfait Hospitalier	100% FR – RSS 100% FR
HOSPITALISATION (Etablissements non conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires Forfait Hospitalier	300% BRSS 100% FR
TRANSPORT	30% BRSS
ACTES DE SPECIALITE (chirurgie ambulatoire, radiologie)	25% BRSS + (300% BRSS limité à 90% DEP)
AUXILIAIRES MEDICAUX	35% BRSS + (300% BRSS limité à 90% DEP)
MATERNITE Frais de séjour (Etablissements conventionnés)	100% FR – RSS
Frais de séjour (Etablissements non conventionnés)	300% BRSS
Honoraires de chirurgien	300% BRSS limité à 90% DEP
Chambre Particulière dans la limite de 4 jours maximum	3,5% du PMSS/jour
Maternité - Honoraires Péridurale	100% BRSS
DENTAIRE Prothèse dentaire acceptée ou non prise en charge par la Sécurité Sociale - Sup Inter Bridge (SPR50-SS)	375% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
Soins dentaires	25% du BRSS+ (300% BRSS limité à 90% DEP)
Orthodontie acceptée ou non prise en charge par la Sécurité Sociale (jusqu'à 18 ans)	300% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
Implants - Phase chirurgicale	25% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
Implants - Pose définitive du pilier + couronne sur implant	12,5% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
ORTHOPEIDIE, APPAREILLAGE	300% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
APPAREIL AUDITIF (accepté ou refusé SS)	450% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
PHARMACIE	30% du BRSS
CONSULTATIONS / VISITES Médecins généralistes et spécialistes	30% BRSS +(300% BRSS limité à 90% DEP)

ANNEXE 1-1

BIOLOGIE	35% BRSS + (300% BRSS limité à 90% DEP)
OSTEOPATHIE (actes pratiqués par un praticien inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins)	1% PMSS par consultation avec un RAC de 10% FR, limité à 15€ par consultation (dans la limite de 15 consultations par an)
OPTIQUE Par paire de lunettes adulte (verre+monture) dans la limite de 1 paire tous les 2 ans par bénéficiaire	(13% PMSS + 500% BRSS) avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Par paire de lunettes enfant	13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Lentilles acceptées ou non prises en charge par SS (par paire)	13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Chirurgie réfractive laser pour myopie et hypermétropie	Par œil : 13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
CURE THERMALE (acceptée ou refusée SS)	17% du PMSS
SEVRAGE TABAGIQUE	100 € / an / Bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION Détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum	100%TM + (300% BRSS limité à 90% DEP)
ACTES DE PREVENTION Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie.	100% TM + (300% BRSS limité à 90% DEP)

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale
RSS : Remboursement de la Sécurité sociale
FR : Frais réels
DEP : Dépassement = (FR – BRSS)
RAC : reste à charge. Reste à Charge minimum de 10% des Frais Réels limité à 15 €
TM=Ticket Modérateur
Dépassement d'Honoraires=Frais Réels-Base de Remboursement Sécurité sociale
Les prestations sont dans tous les cas limitées aux frais réels (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Le Contrat ne rembourse pas la participation forfaitaire de l'assuré (Article L. 322-2 du CSS) et est conforme aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du CSS.
En aucun cas, le total du remboursement du contrat et de celui de la Sécurité sociale ne peut excéder 100 % de la base de remboursement SS - En cas de diminution du ticket modérateur, ces pourcentages seraient automatiquement ajustés pour maintenir le contrat conforme au I de l'article R871-2 du CSS
Hors parcours de soins, au calcul du reste à charge résultant de l'application du contrat, s'ajoute la non prise en charge des dépassements d'honoraires prévus par l'article L. 162-5, 18° du CSS (7 € minimum au 1er janvier 2006)

RESUME DES GARANTIES DU CONTRAT au 1^{er} janvier 2009 (Alsace Moselle)

FRAIS COUVERTS	Prestations complémentaires à la Sécurité sociale
HOSPITALISATION (Etablissements conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires Forfait Hospitalier	100% FR – RSS 100% FR
HOSPITALISATION (Etablissements non conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires Forfait Hospitalier	300% BRSS 100% FR
TRANSPORT	Néant
ACTES DE SPECIALITE (chirurgie ambulatoire, radiologie)	5% BRSS +(300% BRSS limité à 90% DEP)
AUXILIAIRES MEDICAUX	5% BRSS +(300% BRSS limité à 90% DEP)
MATERNITE Frais de séjour (Etablissements conventionnés)	100% FR – RSS
Frais de séjour (Etablissements non conventionnés)	300% BRSS
Honoraires de chirurgien	300% BRSS limité à 90% DEP
Chambre Particulière dans la limite de 4 jours maximum	3,5% du PMSS/jour
Maternité - Honoraires Périnéale	100% BRSS
DENTAIRE Prothèse dentaire acceptée ou non prise en charge par la Sécurité Sociale - Sup Inter Bridge (SPR50-SS)	375% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
Soins dentaires	5% du BRSS+ (300% BRSS limité à 90% DEP)
Orthodontie acceptée ou non prise en charge par la Sécurité Sociale (jusqu'à 18 ans)	300% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
Implants - Phase chirurgicale	25% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
Implants - Pose définitive du pilier + couronne sur implant	12,5% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
ORTHOPEDIE, APPAREILLAGE	300% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
APPAREIL AUDITIF (accepté ou refusé SS)	450% BRSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15 €
PHARMACIE (*)	5% du BRSS pour les vignettes blanches 30% du BRSS pour les vignettes oranges Néant pour les vignettes bleues

ANNEXE 1-2

CONSULTATIONS / VISITES Médecins généralistes et spécialistes	10% BRSS +(300% BRSS limité à 90% DEP)
BIOLOGIE	5% BRSS + (300% BRSS limité à 90% DEP)
OSTEOPATHIE (actes pratiqués par un praticien inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins)	1% PMSS par consultation avec un RAC de 10% FR, limité à 15€ par consultation (dans la limite de 15 consultations par an)
OPTIQUE Par paire de lunettes adulte (verre+monture) dans la limite de 1 paire tous les 2 ans par bénéficiaire	(13% PMSS + 500% BRSS) avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Par paire de lunettes enfant	13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Lentilles acceptées ou non prises en charge par SS (par paire)	13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
Chirurgie réfractive laser pour myopie et hypermétropie	Par œil : 13% PMSS avec un RAC de 10% FR, limité à 15€
CURE THERMALE (acceptée ou refusée SS)	17% du PMSS
SEVRAGE TABAGIQUE	100 € / an / Bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION Détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum	100%TM + (300% BRSS limité à 90% DEP)
ACTES DE PREVENTION Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie.	100% TM + (300% BRSS limité à 90% DEP)

(*) En cas de diminution du ticket modérateur, ces pourcentages seraient automatiquement ajustés pour maintenir le contrat conforme au I de l'article R. 871-2 du CSS ; pour la pharmacie, l'ajustement ne concernerait que les médicaments mentionnés au I 2°) de l'article précité.

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale
RSS : Remboursement de la Sécurité sociale
FR : Frais réels
DEP : Dépassement = (FR – BRSS)
RAC : reste à charge. Reste à Charge minimum de 10% des Frais Réels limité à 15 €
TM=Ticket Modérateur
Dépassement d'Honoraires=Frais Réels-Base de Remboursement Sécurité sociale
Les prestations sont dans tous les cas limitées aux frais réels (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Le Contrat ne rembourse pas la participation forfaitaire de l'assuré (Article L. 322-2 du CSS) et est conforme aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du CSS.
En aucun cas, le total du remboursement du contrat et de celui de la Sécurité sociale ne peut excéder 100 % de la base de remboursement SS - En cas de diminution du ticket modérateur, ces pourcentages seraient automatiquement ajustés pour maintenir le contrat conforme au I de l'article R871-2 du CSS
Hors parcours de soins, au calcul du reste à charge résultant de l'application du contrat, s'ajoute la non prise en charge des dépassements d'honoraires prévus par l'article L. 162-5, 18° du CSS (7 € minimum au 1er janvier 2006)