

→ Votre complémentaire santé

Les complémentaires santé interviennent au-delà des remboursements de l'assurance maladie obligatoire (la « Sécurité sociale » ou le « régime de base ») pour permettre aux assurés de faire face aux dépenses qui restent à leur charge, que celles-ci soient liées à une maladie, un accident ou une maternité, car le régime obligatoire d'assurance maladie ne rembourse pas les dépenses de santé dans leur intégralité. Le total des sommes remboursées par CCPMA PRÉVOYANCE ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Le tableau des garanties santé présenté au recto du présent document vous indique le niveau de remboursement dont vous bénéficierez grâce aux remboursements du régime de base d'une part et du régime complémentaire santé d'autre part.

Les montants remboursés sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) du régime de base c'est-à-dire du tarif qui sert de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour certaines garanties, les remboursements sont exprimés en euros. Dans ce cas, ils s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les garanties optiques).

Cette complémentaire santé vous permet également de bénéficier de tarifs encadrés en optique pour réduire votre reste à charge ainsi que celui de vos bénéficiaires et accéder à des équipements de qualité, en vous ouvrant l'accès au réseau de soins optique de notre partenaire Carte Blanche.

Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux dans le cadre de l'accord du 18 novembre 2014, signé par les différentes branches des industries agroalimentaires et de la coopération agricole, vous propose 3 niveaux de couverture possibles :

- la garantie « socle » est la garantie minimale qui doit être mise en place par l'ensemble des entreprises des branches signataires de l'accord ;
- la garantie « intermédiaire » apporte en sus du socle des améliorations sur les postes sensibles comme la pharmacie, le dentaire, l'optique et sur la prise en charge des dépenses liées à l'hospitalisation ;
- la garantie « supérieure » assure une couverture plus élevée sur les principaux actes médicaux pris en charge par le régime de base et des remboursements spécifiques sur certains actes non pris en charge en optique et en dentaire.

→ Un contrat conforme aux exigences de l'ANI

Selon la loi de sécurisation de l'emploi qui retranscrit l'ANI (accord national interprofessionnel) signé le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux, **au 1^{er} janvier 2016, tous les salariés doivent bénéficier d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire.**

Cette couverture santé doit proposer un niveau minimal de garanties d'assurance complémentaire santé obligatoire, appelé panier de soins, et prendre en charge le remboursement de :

- l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire à l'exclusion des cures thermales et des médicaments remboursés à hauteur de 35 % ou 15 % par l'assurance maladie ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les dépenses de frais dentaires (soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale) à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ;
- les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). Ces garanties s'entendent par équipement (monture + 2 verres) et par bénéficiaire :
 - 100 euros minimum pour les corrections simples ;
 - 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe ;
 - 200 euros minimum pour les corrections complexes.

Elle est financée au minimum à 50 % par l'entreprise.

Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux respecte ces obligations pour chacun des niveaux proposés.

→ Un contrat solidaire et responsable

Le contrat responsable a été instauré par le gouvernement afin d'inciter les particuliers à suivre le parcours de soins coordonnés, à améliorer leur couverture complémentaire et d'encadrer les dépenses de santé pour maîtriser l'évolution des prix des soins.

Un contrat est considéré comme « responsable » dès lors qu'il prend en charge certains frais de soins et à l'inverse n'en rembourse pas d'autres.

Les obligations de prise en charge dans un « contrat responsable » :

- prise en charge du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par le régime obligatoire (sauf cures thermales ou médicaments à service médical rendu modéré et faible et homéopathie) ;
- prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ;
- limitation du remboursement de l'équipement optique (monture + 2 verres) tous les 2 ans (tous les ans pour les mineurs et en cas de changement de la vue) en respectant les planchers et plafonds définis par le décret.

Les actes interdits au remboursement dans un « contrat responsable » :

- dépassements demandés par les médecins spécialistes lorsqu'ils sont consultés directement, sans passer par le médecin traitant ;
- dépassements éventuels des médecins généralistes ou spécialistes hospitaliers pour toute consultation, sans avoir choisi au préalable un médecin traitant, ou lorsque que le patient n'autorise pas le professionnel de santé à accéder ni à modifier son dossier médical (sous réserve de la mise en œuvre de ce dossier) ;
- interdiction de prendre en charge la participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les médicaments.

Par ailleurs, **un contrat est considéré comme « solidaire »** dès lors qu'il n'y a pas de sélection médicale à la souscription et que les cotisations évoluent pas en fonction de l'état de santé de vos salariés. Ainsi, chacun est assuré, quel que soit son état de santé.

Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux respecte l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables définis par le décret du 18 novembre 2014.

→ Tableau des garanties santé

Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau ci-dessous.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)		
	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle	Garantie Socle	Garantie Intermédiaire	Garantie Supérieure
Frais médicaux					
● Honoraires de généralistes ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires des généralistes :					
- Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	-	-	-	120 % BR
- Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	-	-	100 % BR
● Honoraires spécialistes, sages-femmes ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires des spécialistes, sages-femmes et actes techniques :					
- Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	-	25 % BR	60 % BR	120 % BR
- Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	5 % BR	40 % BR	100 % BR
● Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	de 90 % à 100 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	70 % BR	90 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie :					
- Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	-	25 % BR	50 % BR	75 % BR
- Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	5 % BR	30 % BR	55 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médecines douces : ostéopathie, acupuncture, diététicien, étio-pathie, chiropractie, shiatsu, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie (seules les spécialités listées ci-dessus et réalisées par des praticiens rattachés à une fédération reconnue seront prises en charge).	-	-	-	20 €/séance (limités à 3 séances/an et bénéficiaire)	40 €/séance (limités à 3 séances/an et bénéficiaire)
Pharmacie					
● Médicaments à Service Médical Rendu « majeur »	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à Service Médical Rendu « modérée »	30 % BR	80 % BR	30 % ou 80 % BR	100 % BR	100 % BR
● Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	15 % BR	15 % BR	15 % BR	100 % BR
Hospitalisation (conventionné ou non)					
● Frais de séjour secteur conventionné ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
● Honoraires	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Dépassement d'honoraires :					
- Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	-	50 % BR	60 % BR	120 % BR
- Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris médecins non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	30 % BR	40 % BR	100 % BR
● Chambre particulière en ambulatoire ou avec nuitée	-	-	-	30 €/jour limité à 60 j/an/bénéficiaire	70 €/jour limité à 60 j/an/bénéficiaire
● Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● Lit d'accompagnement	-	-	-	15 €/jour limité à 60 j/an /bénéficiaire	25 €/jour limité à 60 j/an/bénéficiaire
● Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Optique					
● Équipement (verres + monture)			Remboursement d'un équipement (ou lentilles) par bénéficiaire tous les 2 ans. Période réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue:		
● Monture + 2 verres simples ⁽⁴⁾	60 % BR	90 % BR	Forfait 150 € dont 50 € maxi pour la monture	Forfait 200 € dont 80 € maxi pour la monture	Forfait 300 € dont 110 € maxi pour la monture
● Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe ⁽⁴⁾	60 % BR	90 % BR	Forfait 180 € dont 50 € maxi pour la monture	Forfait 250 € dont 80 € maxi pour la monture	Forfait 450 € dont 110 € maxi pour la monture
● Monture + 2 verres complexes et/ou très complexes ⁽⁴⁾			Forfait 200 € dont 50 € maxi pour la monture	Forfait 300 € dont 80 € maxi pour la monture	Forfait 600 € dont 110 € maxi pour la monture
● Lentilles remboursées ou non par le régime de base	60 % BR	90 % BR	150 €	200 €	300 €
● Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	400 €/œil
Dentaire					
● Frais de soins	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base	70 % BR	90 % BR	180 % BR	225 % BR	420 % BR
● Inlay / onlay	70 % BR	90 % BR	180 % BR	225 % BR	420 % BR
● Inlay core	70 % BR	90 % BR	180 % BR	225 % BR	420 % BR
● Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	150 % BR	225 % BR	420 % BR
● Orthodontie non remboursée par le régime de base ⁽⁵⁾	-	-	-	-	300 % BR
Appareillage					
● Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses y compris prothèses auditives	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	125 % BR	250 % BR	400 % BR

(1) Pour le non conventionné : remboursement sur la base du tarif d'Autorité. (2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccination (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, bcg, rubéole, pneumocoques, selon âge) ; dépistage de l'hépatite B. (3) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60). (4) Verres simples : sphère simple foyer (sphère comprise entre - 6,00 + 6,00 dioptries) et cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. Verres complexes : verres simple foyer (sphère hors zone de - 6,00 + 6,00 dioptries ou cylindre supérieur à + 4,00 dioptries), verres multifocaux ; verres progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Orthodontie non remboursée : la base de remboursement utilisée est celle des actes d'orthodontie pris en charge par le régime de base.