

Nouvelles dispositions des garanties frais de santé au 1^{er} janvier 2016 pour les salariés non cadres des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture et de pépinières et de cressiculture de la région Île-de-France.

1) STRUCTURE TARIFAIRE :

La cotisation du salarié est obligatoire et lui permet de bénéficier des garanties complémentaires frais de santé.

Les cotisations du conjoint et/ou des enfants sont facultatives. Pour que les ayants droit puissent bénéficier des garanties, un bulletin d'affiliation (disponible sur le site internet) est à compléter et à retourner à la MSA, accompagné de l'autorisation de prélèvement des cotisations sur le compte bancaire, à l'adresse suivante : MSA IDF 75691 Paris cedex 14.

2) TARIFS :

	Total/mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation obligatoire Salarié seul	35,45 €	22,00 €	13,45 €

	Total/mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation facultative adulte (conjoint)	35,45 €		35,45 €
Cotisation facultative enfant (gratuit à partir du 3 ^{ème} enfant)	20,26 €		20,26 €

Les cotisations du salarié sont dues le 1^{er} jour du mois suivant l'embauche.
Si l'embauche a lieu le 1^{er} du mois, l'appel de cotisations s'effectue sur ce mois.

Exemples:

- embauche au 15 janvier : paiement des cotisations et bénéfice des prestations au 1^{er} février.
- embauche au 1^{er} février : paiement des cotisations et bénéfice des prestations au 1^{er} février.

3) GARANTIES :

Les salariés et éventuellement les ayants droit bénéficient des garanties ci-dessous.

<i>GARANTIES cultures spécialisées IDF</i>	<i>Remboursements régime obligatoire</i>	<i>Remboursements complémentaires</i>	<i>TOTAUX</i>
HOSPITALISATION (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100% BR	20 ou 0 % BR	100% BR
Honoraires	80 % BR ou 100% BR	20 ou 0 % BR	100% BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	-	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	-	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25€ / jour	25€ / jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours/an) (1)	-	60€ / jour	60€ / jour
Crédit supplémentaire maternité	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	-	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	-	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30% BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40% BR	100 % BR
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40% BR ou 0 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques (2)	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, Gros et petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40% ou 0 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 65 % BR	De 85 à 35 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150€ pour la monture			
Verres, monture, lentilles prise en charge acceptée	60 % BR	315€	60 % BR + 315€
Lentilles non jetables prise en charge refusée	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire

DENTAIRE			
Honoraires	70% BR	30% BR + FR (3)	100% BR + FR (3)
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Inlays et Onlays (accepté par le régime de base)	70% BR	30% BR	100% BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70% BR	55% BR	125% BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	-	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
POLYVALENTS			
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Cures thermales acceptées :			
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait « acte lourd » (4)	-	100 % du forfait	100 % du forfait

BR : Base de Remboursement ; FR : Frais réels.

(1) Les frais d'accompagnant sont pris en charge pour l'accompagnement des enfants à charge. Ces frais ne concernent que l'hébergement et les repas de l'accompagnant facturés par l'établissement.

(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) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % de la BR secteur conventionné.

(4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€ (ou dont de coefficient est supérieur à 60).

4) DISPENSES D’AFFILIATION :

Cette possibilité de dispense d'affiliation concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires. L'employeur devra ensuite informer la MSA.

-Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

-Les salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas par ailleurs d'une couverture ;

-Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

-Les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

-Les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

-Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir Arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :

- Dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire),
- Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- Régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
- Régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
- Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin »,
- Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le premier jour du mois civil suivant.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié, ni par l'employeur.

5) DEFINITION DES AYANTS DROIT :

- Le **conjoint** : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le cocontractant d'un PACS (le « **pacsé** ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le **concubin** : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- Les **enfants à charge** du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,
 - Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U),
 - Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
 - Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- Les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- Les **ascendants à charge** : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.