

**AVENANT N° 3 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011
INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU
GROUPE PSA PEUGEOT CITROËN**

Préambule

L'accord relatif à la couverture complémentaire maladie des salariés du Groupe PSA Peugeot Citroën a été signé le 25 novembre 2011 avec quatre organisations syndicales, représentatives des salariés et la Direction de PEUGEOT CITROEN AUTOMOBILES S.A. Il concrétisait la conviction partagée par l'ensemble des signataires de la nécessité que tous les salariés du Groupe disposent d'une complémentaire santé ;

- Identique pour tous les salariés, quels que soient leur statut et leur établissement,
- Couvrant leur famille,
- Offrant un niveau de couverture satisfaisant donnant la priorité aux dépenses de santé les plus lourdes,
- Associé à un financement supportable pour l'ensemble des salariés.

Cet accord est entré en vigueur le 1er juillet 2012, il a fait l'objet d'un premier avenant le 19 juillet 2013 afin d'augmenter la participation de l'employeur, puis un second avenant le 10 juin 2014 pour revoir les cotisations et les prestations, suite au constat d'une dégradation du ratio sinistres sur primes au cours des 18 premiers mois de fonctionnement du dispositif.

Aujourd'hui la couverture complémentaire santé des salariés du Groupe PSA se compose d'une couverture « Vitali Essentiel », obligatoire et financée à 50% par les salariés et à 50% par l'entreprise, et d'une garantie optionnelle financée en totalité par les salariés qui souhaitent y souscrire pour obtenir un meilleur niveau de remboursement. Grâce aux évolutions mises en œuvre depuis 2014, la situation financière du régime Vitali est saine.

Toutefois les dernières dispositions législatives nous contraignent à faire évoluer notre régime frais de santé.

Afin de bénéficier d'aides sociales et fiscales, le contrat d'assurance frais de santé doit notamment être « responsable ».

Pour être qualifié de « responsable », le contrat doit prévoir des interdictions et des obligations de prises en charge (afin de favoriser des pratiques médicales vertueuses).

Fin 2013, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014 a annoncé la modification du cahier des charges du contrat responsable.

Le nouveau cahier des charges a été défini par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le principal apport de ce décret est qu'il vient fixer des plafonds de prise en charge par la complémentaire santé sur certains postes de dépenses.

Les pouvoirs publics ont laissé aux entreprises le bénéfice d'une période transitoire pour appliquer ce décret afin de tenir compte des spécificités liées à la négociation collective.

La période transitoire arrivant à sa fin, nous sommes dans l'obligation de mettre notre contrat de santé Vitali en « responsabilité » au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Pour ce faire, une première réunion de négociation entre les partenaires sociaux et la Direction s'est déroulée le 18 janvier 2017 consacrée aux explications du nouveau dispositif et à la compréhension des enjeux pour les salariés et la Société. Cette réunion a été suivie de quatre autres réunions des groupes de travail au cours desquelles différentes solutions ont été étudiées afin de mesurer les impacts en termes de niveaux de garanties et de cotisations et de garantir la pérennité du dispositif Vitali.

L'application des plafonds de prise en charge au contrat Vitali Santé aurait pour conséquence de baisser le niveau des remboursements sur certains postes de dépenses tels que les actes de consultation et de chirurgie pratiqués par des médecins qui n'ont pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, et entraînerait ainsi un risque d'augmentation du reste à charge.

Ce constat n'étant guère satisfaisant, deux réunions de négociation se sont de nouveau tenues les 25 avril et 14 juin 2017 avec les six Organisations Syndicales afin de décider des évolutions à mettre en place à partir de 2018. Au cours de ces réunions les Organisations Syndicales et la Direction souhaitent pouvoir répondre aux obligations du contrat responsable afin de continuer à bénéficier d'un régime fiscal et social favorable, et maintenir un niveau de couverture satisfaisant pour les assurés.

Le régime social et fiscal de faveur consiste en :

- Un taux de taxe de solidarité additionnelle à 13,27% au lieu de 20,27% (article L862-4, II du Code de la Sécurité Sociale) ;
- La déductibilité de la part de cotisation financée par le salarié de son revenu imposable (article 83, 1^o quater du Code général des impôts) ;

- L'exonération de cotisations de Sécurité Sociale de la part de cotisation financée par l'employeur (article L242-1 du Code de la Sécurité Sociale et article D242-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Mais les parties voulaient également :

- Réaffirmer le caractère mutualiste et solidaire de Vitali, dispositif identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et leur établissement,
- Assurer la pérennité de Vitali, notamment en réaffirmant son caractère mutualiste et en choisissant une gestion financière responsable et prudente, à l'image des deux dernières années,
- Affirmer la responsabilité sociale de l'entreprise en choisissant de maintenir obligatoire la couverture des risques lourds « non responsables » (affections graves nécessitant des hospitalisations coûteuses) et donc en assumant la sur taxation imposée par le législateur,
- Limiter au maximum la hausse des cotisations, pour les salariés et pour la Société, imposées par les taxes supplémentaires.

Face à ces contraintes financières et au souci de maintenir un niveau de couverture satisfaisant pour les salariés, tout en se conformant à la législation et réglementation en vigueur afférente à ce nouveau cahier des charges du contrat responsable (articles L.871-1, R.871 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale), les partenaires sociaux et la Société ont négocié et pris la décision de modifier le régime frais de santé au 1^{er} janvier 2018.

Le régime Vitali se décomposera en 3 niveaux :

- Maintien du contrat Vitali Essentiel obligatoire - limité aux garanties « responsables » - qui représente plus de 98% des remboursements actuels, incluant de nouvelles garanties,
- Création d'un contrat Vitali Essentiel obligatoire pour la couverture des risques lourds « non responsables »,
- Transfert dans l'option des autres garanties « non responsables » présentes dans le contrat Vitali Essentiel aujourd'hui (essentiellement des dépassements d'honoraires).

Chacun de ces trois niveaux donnera lieu à la signature de trois contrats juridiquement distincts.

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.

Article 1 : Objet de l'avenant

Le présent avenant modifie et met à jour, à compter du 1er janvier 2018, certaines des dispositions prévues par l'accord initial du 25 novembre 2011 et ses avenants du 19 juillet 2013 et du 10 juin 2014.

Le présent avenant a pour objet la mise en conformité avec la réforme dite du « contrat responsable » en souscrivant deux contrats d'assurance obligatoires, dénommés respectivement « socle » et « surcomplémentaire », ainsi qu'un contrat optionnel.

Ainsi 3 contrats d'assurance seront souscrits :

1. Un contrat « garanties socle obligatoire » responsable
2. Un contrat « garanties surcomplémentaires obligatoires » non responsable
3. Un contrat « garanties supplémentaires optionnelles » non responsable

Article 2 : Date d'effet

Le présent avenant, portant révision de l'accord collectif du 25 novembre 2011 et ses avenants relatifs aux garanties frais de santé, prendra effet le 1er janvier 2018.

Il se substitue de plein droit aux stipulations de l'accord collectif et de ses avenants visés.

Article 3 : Périmètre de l'avenant

L'Accord et le présent avenant formant un accord unique, les Sociétés adhérentes à l'Accord devront adhérer au présent avenant dans un délai de 6 mois à compter de sa date d'effet.

Article 4 : Remplacement de l'article 8.1 – Cotisations de l'avenant n° 2 du 10 juin 2014

L'article 8.1 de l'avenant n° 2 du 10 juin 2014 est remplacé de la manière suivante :

La cotisation mensuelle aux deux contrats obligatoires est répartie à hauteur de 50 % à la charge de la Société et à hauteur de 50 % à la charge du bénéficiaire de l'Accord.

Les cotisations des bénéficiaires seront prélevées sur la rémunération mensuelle.

L'assiette des cotisations mensuelles est basée sur :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. A titre d'information, ce plafond s'élève à 3 269 € pour l'année 2017. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.
- TA : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 0 et 1 fois le PMSS.
- TB : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 1 et 4 fois le PMSS.

Handwritten initials and signatures in blue ink, including "XC", "SM", "CV", and "FD".

La rémunération mensuelle prise en compte est constituée des sommes soumises à cotisations de Sécurité Sociale, prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité Sociale, à l'exception des sommes versées à l'occasion ou après la rupture du contrat de travail.

La part des cotisations assises sur les Tranches A et B fait l'objet d'une régularisation mensuelle en fonction du cumul des rémunérations perçues sur la période d'assurance et correspondant à l'année calendaire

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « socle » obligatoire responsable, hors taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1er janvier 2018 :

	Contrat « socle » Taux de cotisation global mensuelle hors taxes	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	0,845 % du PMSS + 0,771 % TA + 0,399 % TB	1,770% du PMSS + 0,980 % TA + 0,853 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,427 % du PMSS + 0,707 % TA + 0,172 % TB	0,836 % du PMSS + 1,016 % TA + 0,372 % TB

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable, hors taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1^{er} janvier 2018 :

	Contrat « surcomplémentaire » Taux de cotisation global mensuelle hors taxes	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	0,008 % du PMSS	0,017 % du PMSS
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,008 % du PMSS	0,008 % du PMSS

Le salarié devra obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à sa situation de famille réelle.

Lors de son adhésion, le bénéficiaire qui n'aurait pas confirmé sa situation de famille dans le délai imparti sera automatiquement affilié à la cotisation « Famille », et ce tant qu'il n'aura pas justifié de sa situation de famille auprès de l'organisme de Gestion.

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont ses enfants et son conjoint tels que définis par le contrat d'assurance.

Dans le cadre de la réforme dite « Puma », la notion d'ayant droit majeur à charge au sens de la Sécurité Sociale est amenée à disparaître.

En effet, le 1er janvier 2016, la Protection Universelle MALadie (Puma) a été mise en place. Dorénavant, les personnes majeures sans activité professionnelle auront droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel (elles seront affiliées à la Sécurité Sociale sur leur numéro de Sécurité Sociale personnel). Elles n'ont plus besoin d'être rattachées à un assuré ouvrant droit.

Pour les conjoints à charge au sens de la Sécurité Sociale au 31 décembre 2015, une période transitoire (jusqu'au 31 décembre 2019) est prévue. C'est-à-dire que ces personnes peuvent continuer à être affiliées à la Sécurité Sociale sur le numéro de l'assuré ouvrant droit.

En pratique certaines CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) affilient en propre (sur le numéro de Sécurité Sociale personnel) des personnes qui étaient jusque-là affiliées sur le numéro de Sécurité Sociale du conjoint, peu importe qu'elles soient bénéficiaires ou non de la période transitoire.

D'un point de vue contractuel strict, le conjoint sans activité qui est affilié à la Sécurité Sociale sur son propre numéro doit sortir de la cotisation famille et s'acquitter une cotisation individuelle pour continuer à être couvert.

Ce constat n'étant guère satisfaisant, il a été négocié que lorsque le conjoint était à charge au sens de la Sécurité Sociale au 31 décembre 2015, il est dispensé d'acquitter la cotisation de l'Extension et le salarié continue à s'acquitter de la cotisation Famille « Vitali Essentiel », jusqu'au 31 décembre 2017. Cette tolérance sera étendue jusqu'à la fin de la période transitoire soit jusqu'au 31 décembre 2019. A compter du 1^{er} janvier 2020, les modalités de gestion des conjoints à charge au sens de la Sécurité Sociale au 31 décembre 2015, seront décidées par l'Observatoire de la Protection Sociale au plus tard le 31 mai 2019.

Le salarié a l'obligation d'informer la Direction des Ressources Humaines de tout changement intervenu dans sa situation familiale et matrimoniale dans un délai d'un mois, suivant les modalités mentionnées dans la Notice d'Information remise aux bénéficiaires.

Toutefois, au moment de la mise en place du régime Vitali, le salarié qui était en mesure de justifier que ses enfants à charge, tel que définis ci-dessus, étaient déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs, a pu décider de ne pas leur étendre la présente garantie, et ainsi cotiser au tarif « isolé » malgré sa situation de famille réelle.

Afin de bénéficier d'une telle dérogation, les salariés concernés devront fournir un justificatif annuel de la couverture dont bénéficient leurs ayants droit au mois de septembre de chaque nouvelle année, suite notamment à la sollicitation de la Société. Le défaut de présentation entraînera le prélèvement de la cotisation afférente à leur situation familiale objective dès le mois suivant.

A cette cotisation mensuelle hors taxes, viennent s'ajouter les taxes en vigueur. A titre d'information, au 1^{er} janvier 2017, la taxe de solidarité additionnelle applicable au contrat « socle » est de 13,27%, elle est assise sur la cotisation globale (salariale et patronale) afférente. Pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable la taxe de solidarité additionnelle applicable est de 20,27%, elle est assise sur la cotisation globale (salariale et patronale) afférente.

Handwritten initials and marks: XC, JN, M, CV, FD, and a blue checkmark.

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « socle » obligatoire responsable, y compris les taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1^{er} janvier 2018 :

	Contrat « socle » Taux de cotisation global mensuelle <u>taxes comprises</u>	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime général	0,96 % du PMSS + 0,87 % TA + 0,45 % TB	2,00 % du PMSS + 1,11 % TA + 0,97 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,48 % du PMSS + 0,80 % TA + 0,20 % TB	0,95 % du PMSS + 1,15 % TA + 0,42 % TB

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable, y compris les taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1^{er} janvier 2018 :

	Contrat « surcomplémentaire » Taux de cotisation global mensuelle <u>taxes comprises</u>	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime général	0,01 % du PMSS	0,02 % du PMSS
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,01 % du PMSS	0,01 % du PMSS

Il est rappelé que pour le contrat « socle » obligatoire responsable :

- La part de cotisations financée par le salarié est déductible de son revenu imposable
- La part employeur de la cotisation est exonérée de charges sociales

Mais que pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable :

- La part de cotisations financée par le salarié n'est pas déductible de son revenu imposable
- La part employeur de la cotisation n'est pas exonérée de charges sociales

Sauf avis contraire de l'Observatoire de la Protection Sociale, il est convenu que les taux de cotisation, taxes comprises, seront indexés, au 1^{er} janvier de chaque exercice, de l'évolution du dernier indice annuel de la Consommation Médicale Totale (CMT).

Les bénéficiaires de l'Accord reconnus invalides de 2^e et 3^e catégories au sens de la Sécurité Sociale sont exonérés de toute cotisation.

Handwritten initials and signatures: XC, JA, CV, ED, and a large signature.

Article 5 : Modification de l'article 9.1 – Garantie obligatoire – Remboursement du régime de base obligatoire de l'Accord du 25 novembre 2011

Les garanties, qui sont annexées à titre informatif au présent avenant, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour l'employeur, qui n'est tenu, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Les garanties figurant en annexes 1, 2 et 3 du présent avenant sont à la charge exclusive de l'Organisme Assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Les garanties ainsi convenues ne pourront être modifiées par l'Organisme Assureur que par avenant au Contrat.

Article 6 : Modification de l'annexe 1 – Résumé des garanties de base obligatoires au 1^{er} juillet 2014

L'annexe 1 « Résumé des garanties de base obligatoires au 1^{er} juillet 2014 » de l'avenant du 10 juin 2014 est remplacée par :

- l'annexe 1 correspondant au contrat « socle » obligatoire responsable du présent avenant « Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2018 »,

Article 7 : Modification de l'annexe 2 – Résumé des garanties de l'option prestations améliorées au 1^{er} juillet 2014

L'annexe 2 « Résumé des garanties de l'option prestations améliorées au 1^{er} juillet 2014 » de l'avenant du 10 juin 2014 est remplacée par :

- l'annexe 3 correspondant aux options non responsables du contrat « socle » : du présent avenant « Résumé des garanties de l'option prestations améliorées du contrat au 1^{er} janvier 2018 ».

Article 8 : Création d'une nouvelle annexe 2 – Résumé des garanties de base obligatoires non responsables au 1^{er} janvier 2018

Une annexe 2 est ajoutée au présent avenant, elle correspond au contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable pour les risques lourds (généralistes, spécialistes, petite chirurgie, radiologie) :

- annexe 2 – « Résumé des garanties Surcomplémentaires Obligatoires Non Responsables au 1^{er} janvier 2018 »

Handwritten initials and signatures: XC, JN, SF, CV, ED, and a blue signature.

Article 9 : Modification de l'annexe 3 – Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1^{er} juillet 2014

L'annexe 3 « Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1^{er} juillet 2014 » de l'avenant du 10 juin 2014 est remplacée par :

- l'annexe 4 du présent avenant « Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1^{er} janvier 2018 ».

Article 10 : Dépôt et publicité

En vertu des articles L 2231-6, L 2231-8 et D 2231-2 et suivants du Code du travail, le présent avenant fait l'objet d'un dépôt en deux exemplaires à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Un exemplaire du présent avenant sera par ailleurs déposé au greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de conclusion.

En outre, chaque partie signataire se voit remettre un exemplaire de l'avenant.

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non-signataires de celui-ci.

Handwritten initials and marks in blue ink: "xe", "cl", "CV", "SN", and a small blue square stamp.

**AVENANT N° 3 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011
INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU
GROUPE PSA PEUGEOT CITROËN**

Pour la Direction de PEUGEOT CITROËN AUTOMOBILES SA



Xavier CHEREAU
Directeur des Ressources Humaines

Pour les Organisations Syndicales

CFDT



Madame Christine VIRASSAMY

CGT

Monsieur Jean-Pierre MERCIER

CFE-CGC



Monsieur Jacques MAZZOLINI

FO



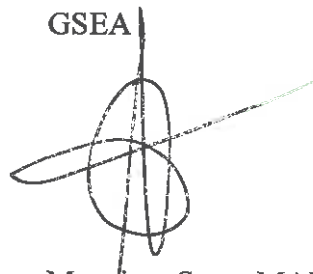
Monsieur Christian LAFAYE

CFTC



Monsieur Franck DON

GSEA



Monsieur Serge MAFFI

Fait à Poissy, le 3 juillet 2017

ANNEXE 1 – RESUME DES GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES RESPONSABLES AU 1^{ER} JANVIER 2018

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Niveau de soins		Niveau de soins	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Actes d'anesthésie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes d'anesthésie Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Autres honoraires OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Autres honoraires Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Chambre particulière	3% PMSS/jour		3% PMSS/jour	
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge	1.5% PMSS (-12 ans)		1.5% PMSS (-12 ans)	
* Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
ACTES MEDICAUX				
* Généralistes (consultations et visites) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Généralistes (consultations et visites) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs OPTAM	130% BRSS (200% BRSS Professeurs)		110% BRSS (180% BRSS Professeurs)	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs Hors OPTAM	110% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)		90% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Radiologie OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Radiologie Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Ostéodensitométrie	100% BRSS		80% BRSS	
* Auxiliaires médicaux	100% BRSS		70% BRSS	
* Analyses	100% BRSS		70% BRSS	
* Transport	100% TM		100% TM	
PHARMACIE				
* Pharmacie	100% TM		100% TM	
DENTAIRE				
* Soins dentaires	200% BRSS		180% BRSS	
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BRSS		180% BRSS	
* Parodontologie non remboursée SS	250 € par an		250 € par an	
	Limitation prothèses dentaires et implants/an/bénéficiaire : 1800 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.		Limitation prothèses dentaires et implants/an/bénéficiaire : 1800 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.	
* Prothèses dentaires remboursées par la SS	300% BRSS		280% BRSS	
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS : Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €		Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €	
* Supplément Inter de bridge remboursé	129 € par inter		129 € par inter	
* Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	
* Orthodontie acceptée par la SS	200% BRSS		200% BRSS	
* Orthodontie refusée par la SS	200% BRSS (Jusqu'à 18 ans)		200% BRSS (Jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage	200% BRSS		170% BRSS	
* Prothèses auditives	200% BRSS (remboursées ou non par la SS)		170% BRSS (remboursées SS) 200% BR (non remboursée SS)	
* Orthopédie & autres prothèses	200% BRSS		170% BRSS	
	Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	
OPTIQUE				
	<i>Réseau Kalvia</i>	<i>Hors réseau Kalvia</i>	<i>Réseau Kalvia</i>	<i>Hors réseau Kalvia</i>
* Monture adulte	125 €	125 €	125 €	125 €
* Monture enfant	90 €	90 €	90 €	90 €
* Verres	100% DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte 2050 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 850 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)	100% DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte 2020 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 820 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)
* Lentilles remboursées par la SS	6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)		6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)	
* Lentilles non remboursées	6 % PMSS par paire		6 % PMSS par paire	
* Lentilles jetables	6 % PMSS / an / bénéficiaire		6 % PMSS / an / bénéficiaire	
* Chirurgie de l'œil	8 % PMSS / œil		8 % PMSS / œil	
CURES THERMALES (acceptées ou refusées par la SS)				
* Frais de traitement et honoraires				
* Frais de voyage et hébergement	10% PMSS		10% PMSS	
MATERNITE				
	<i>Conventionné</i>	<i>Non conventionné</i>		
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Honoraires périnéaux OPTAM	100% BRSS		100% BRSS	
* Honoraires périnéaux Hors OPTAM	80% BRSS		80% BRSS	
* Chambre particulière	3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)		3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)	
AUTRES ACTES				
* Ostéopathie	Néant		Néant	
* Sevrage tabagique	Néant		Néant	
	Prise en charge d'es deux actes de prévention suivants		Prise en charge d'es deux actes de prévention suivants	
	Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances	
	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		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	

FR : Frais Réels, BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

xe
JA
ED
cr

ANNEXE 2 – RESUME DES GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES NON RESPONSABLES AU 1er JANVIER 2018 (y compris Vitali Essentiel)

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Hors Réseaux		Réseaux Affiliés	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes de chirurgie Hors OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes d'anesthésie OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Actes d'anesthésie Hors OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Autres honoraires OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Autres honoraires Hors OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Chambre particulière	3% PMSS/jour		3% PMSS/jour	
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge	1.5% PMSS (-12 ans)		1.5% PMSS (-12 ans)	
* Forfait hospitalier	100% FR		100% FR	
ACTES MEDICAUX				
* Généralistes (consultations et visites) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Généralistes (consultations et visites) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs OPTAM	130% BRSS (200% BRSS Professeurs)		110% BRSS (180% BRSS Professeurs)	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs Hors OPTAM	110% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)		90% BRSS avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BRSS Professeurs)	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Radiologie OPTAM	100% BRSS		80% BRSS	
* Radiologie Hors OPTAM	80% BRSS		60% BRSS	
* Ostéodensitométrie	100% BRSS		80% BRSS	
* Auxiliaires médicaux	100% BRSS		70% BRSS	
* Analyses	100% BRSS		70% BRSS	
* Transport	100% TM		100% TM	
PHARMACIE				
* Pharmacie	100% TM		100% TM	
DENTAIRE				
* Soins dentaires	200% BRSS		180% BRSS	
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BRSS		180% BRSS	
* Parodontologie non remboursée SS	250€ par an		250€ par an	
	Limitation prothèses dentaires et implants/an/bénéficiaire : 1800 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.		Limitation prothèses dentaires et implants/an/bénéficiaire : 1800 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.	
* Prothèses dentaires remboursées par la SS	300% BRSS		280% BRSS	
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS - Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €		Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €	
* Supplément Inter de bridge remboursé	129 € par inter		129 € par inter	
* Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur Implant : 8,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur Implant : 8,5 % PMSS	
* Orthodontie acceptée par la SS	200% BRSS		200% BRSS	
* Orthodontie refusée par la SS	200% BRSS (jusqu'à 18 ans)		200% BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage	200% BRSS		170% BRSS	
* Prothèses auditives	200% BRSS (remboursées ou non par la SS)		170% BRSS (remboursées SS) 200% BR (non remboursée SS)	
* Orthopédie & autres prothèses	200% BRSS		170% BRSS	
	Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	
OPTIQUE				
	Réseau Kalvia		Hors réseau Kalvia	
* Monture adulte	125 €	125 €	125 €	125 €
* Monture enfant	90 €	90 €	90 €	90 €
* Verres	100% DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte 2050 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant 850 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)	100% DE /verre dans les limites du contrat responsable	verres adulte 2020 % BRSS (avec maxi 200 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 820 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)
* Lentilles remboursées par la SS	6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)		6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)	
* Lentilles non remboursées	6 % PMSS par paire		6 % PMSS par paire	
* Lentilles jetables	6 % PMSS / an / bénéficiaire		6 % PMSS / an / bénéficiaire	
* Chirurgie de l'œil	8 % PMSS / œil		8 % PMSS / œil	
CURES THERMALES (acceptées ou refusées par la SS)				
* Frais de traitement et honoraires	10% PMSS		10% PMSS	
* Frais de voyage et hébergement				
MATERNITE				
	Conventionné		Non conventionné	
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) OPTAM	300% BRSS		300% BRSS	
* Honoraires de chirurgien (césarienne) Hors OPTAM	TM + 100% BRSS		TM + 100% BRSS	
* Honoraires péridurale OPTAM	100% BRSS		100% BRSS	
* Honoraires péridurale Hors OPTAM	80% BRSS		80% BRSS	
* Chambre particulière	3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)		3.5% PMSS/jour (maxi 5 jours)	
AUTRES ACTES				
* Ostéopathie	Néant		Néant	
* Sevrage tabagique	Néant		Néant	
	Prise en charge des deux actes de prévention suivants :		Prise en charge des deux actes de prévention suivants :	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 25/03/2005	Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances	
	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		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	

FR : Frais Réels, BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

xc
 M
 cv
 5A

**ANNEXE 3 – RESUME DES GARANTIES DE L'OPTION « PRESTATIONS AMELIOREES »
DU CONTRAT AU 1^{er} JANVIER 2018 (y compris Vitali Essentiel et Surcomplémentaires
Obligatoires Non responsables)**

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
* Frais de séjour		400% BRSS		400% BRSS
* Actes de chirurgie OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Actes de chirurgie Hors OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Actes d'anesthésie OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Actes d'anesthésie Hors OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Autres honoraires OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Autres honoraires Hors OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Chambre particulière		5% PMSS/jour		5% PMSS/jour
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge		2.5% PMSS (-12 ans)		2.5% PMSS (-12 ans)
* Forfait hospitalier		100% FR		100% FR
ACTES MEDICAUX				
* Généralistes (consultations et visites) OPTAM		200% BRSS		180% BRSS
* Généralistes (consultations et visites) Hors OPTAM		200% BRSS		180% BRSS
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs OPTAM		250% BRSS		230% BRSS
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs Hors OPTAM		250% BRSS		230% BRSS
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) OPTAM		200% BRSS		180% BRSS
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) Hors OPTAM		200% BRSS		180% BRSS
* Radiologie OPTAM		200% BRSS		180% BRSS
* Radiologie Hors OPTAM		200% BRSS		180% BRSS
* Ostéodensitométrie		200% BRSS		180% BRSS
* Auxiliaires médicaux		200% BRSS		170% BRSS
* Analyses		200% BRSS		170% BRSS
* Transport		100% TM		100% TM
PHARMACIE				
* Pharmacie		100% TM		100% TM
DENTAIRE				
* Soins dentaires		200% BRSS		180% BRSS
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)		200% BRSS		180% BRSS
* Parodontologie non remboursée SS		300€ par an		300€ par an
		Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 500€ Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.		Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 500€ Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR uniquement pour les prothèses dentaires remboursées par la SS.
* Prothèses dentaires remboursées par la SS		350% BRSS		330% BRSS
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS - Inlay core et couronne ou pilier		Inlay core : 429 € Couronne et Pilier : 377 €		Inlay core : 429 € Couronne et Pilier : 377 €
* Supplément inter de bridge remboursé		150.50 € par inter		150.50 € par inter
* Implants dentaires		Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS
* Orthodontie acceptée par la SS		400% BRSS		400% BRSS
* Orthodontie refusée par la SS		400% BRSS (jusqu'à 18 ans)		400% BRSS (jusqu'à 18 ans)
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage		400% BRSS		370% BRSS
* Prothèses auditives		600% BRSS (remboursées ou non par la SS)		570% BRSS (remboursées SS) 600% BR (non remboursée SS)
* Orthopédie & autres prothèses		400% BRSS		370% BRSS
		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans sauf bris de verre ou de monture, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		Prise en charge limitée à un équipement (deux verres + une monture) par période de 2 ans sauf bris de verre ou de monture, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
OPTIQUE				
		Réseau Kalvia		Hors réseau Kalvia
* Monture adulte		185 €		185 €
* Monture enfant		130 €		130 €
* Verres		100 % DE /verre		100 % DE /verre
				verres adulte 4000 % BRSS (avec maxi 300 €/verre et min 50€/verre) - enfant : 1750 % BRSS (avec maxi 300 €/verre)
* Lentilles remboursées par la SS		26 % PMSS par paire		26 % PMSS par paire
* Lentilles non remboursées		26 % PMSS par paire		26 % PMSS par paire
* Lentilles jetables		26 % PMSS / an / bénéficiaire		26 % PMSS / an / bénéficiaire
* Chirurgie de l'œil		26 % PMSS / œil		26 % PMSS / œil
CURES THERMALES (acceptées ou refusées par la SS)				
* Frais de traitement et honoraires		17% PMSS		17% PMSS
* Frais de voyage et hébergement				
MATERNITE				
		Conventionné		Non conventionné
* Frais de séjour		400% BRSS		400% BRSS
* Honoraires de chirurgien (césarienne) OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Honoraires de chirurgien (césarienne) Hors OPTAM		400% BRSS		400% BRSS
* Honoraires péridurale OPTAM		100% BRSS		100% BRSS
* Honoraires péridurale Hors OPTAM		100% BRSS		100% BRSS
* Chambre particulière		3.5% PMSS/jour (max 5 jours)		3.5% PMSS/jour (max 5 jours)
AUTRES ACTES				
* Ostéopathie		1.5% PMSS/séance maxi 2/an/bénéf		1.5% PMSS/séance maxi 2/an/bénéf
* Sevrage tabagique		100€ / an / bénéficiaire		100€ / an / bénéficiaire
		Prise en charge des deux actes de prévention suivants		
		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances		Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances
		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		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 + 280% BRSS

FR : Frais Réels, BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

XC
 57
 CV
 AD
 cl

**ANNEXE 4 – Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet
du 1^{er} janvier 2018**

Les garanties optionnelles interviennent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale et de ceux du contrat « socle » obligatoire responsable ou du contrat « surcomplémentaire » non responsable.

A titre indicatif, à effet du 1^{er} janvier 2018, le montant des taux de cotisation des garanties optionnelles est exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale comme suit.

1. Cotisation de la garantie « prestations améliorées » pour les actifs (hypothèse taux identiques Régime Général / Régime Local)

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Adulte	0,94%	0,94%
Enfant	0,35%	0,35%

Les bénéficiaires du présent régime peuvent adhérer à titre facultatif à ce contrat collectif « prestations améliorées ».

L'adhésion à cette option couvre obligatoirement tous les bénéficiaires du régime (le salarié et le cas échéant ses ayants-droit).

2. Cotisation de la garantie « conjoint non à charge/enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi »

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
socle	1,83%	1,09%
surcomplémentaire	0,01%	0,01%

Le conjoint non à charge ou l'enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi qui demande à adhérer au présent régime adhère obligatoirement au régime socle et surcomplémentaire.

Le cas échéant, il adhère également à la garantie « prestations améliorées » (cf. 1 du paragraphe ci-dessus).

3. Cotisation du dispositif « maintien de garanties »

A titre indicatif, à effet du 1^{er} janvier 2018, le montant des taux de cotisation du dispositif « maintien de garanties » sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale comme suit.

Handwritten notes:
 XC ✓
 57 ✓
 ED ✓
 cr ✓
 57

Par ailleurs, en cas d'évolution des grilles tarifaires suivantes, il est convenu qu'elles s'appliqueront à l'ensemble de la population ayant adhéré au dispositif « maintien de garanties » à compter du 1^{er} janvier 2018.

- Régime de base : « socle » obligatoire responsable

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille
1 ^{ère} année	1,85%	4,84%	1,18%	2,90%
2 ^{ème} année	2,32%	4,84%	1,48%	2,90%
3 ^{ème} année	2,78%	4,84%	1,77%	2,90%
A partir de la 4 ^{ème} année	Application de l'accord en vigueur			

- Régime de base : « surcomplémentaire » non responsable

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille
1 ^{ère} année	0,01%	0,03%	0,01%	0,02%
2 ^{ème} année	0,01%	0,03%	0,01%	0,02%
3 ^{ème} année	0,02%	0,03%	0,01%	0,02%
A partir de la 4 ^{ème} année	Application de l'accord en vigueur			

- Option « prestations améliorées » - tarifs applicables

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
1 ^{ère} année	0,94%	0,54%	0,94%	0,54%
2 ^{ème} année	1,18%	0,54%	1,18%	0,54%
3 ^{ème} année	1,41%	0,54%	1,41%	0,54%
A partir de la 4 ^{ème} année	Application de l'accord en vigueur			

- Option « conjoint non à charge/enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi » - tarifs applicables

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
1 ^{ère} année	1,46%	1,46%
2 ^{ème} année	1,46%	1,46%
3 ^{ème} année	1,46%	1,46%
A partir de la 4 ^{ème} année	Application de l'accord en vigueur	