

Accord d'établissement relatif à la protection sociale complémentaire à l'Inrap

Modifié le 16 décembre 2015

Entre

L'institut national de recherches archéologiques préventives, ci-après dénommé « l'Inrap »,
Représenté par Pierre Dubreuil, directeur général,

Et

Les organisations syndicales représentatives au sein de l'institut :

- SGPA CGT Culture
- SUD Culture Solidaires
- CNT- CCS
- SNAC FSU

Il est conclu l'accord suivant en application des dispositions figurant au 4° du II de l'article 8 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, étant préalablement rappelé que :

L'Inrap est un établissement public administratif créé en application des articles L.523-1 et suivants du code du Patrimoine. Il a reçu, à sa création, dévolution des droits et obligations de l'Association pour les fouilles archéologiques nationales, à laquelle il a été substitué.

Au titre de cette dévolution, les agents de l'institut bénéficient d'un dispositif de protection sociale complémentaire obligatoire, qui comprend d'une part des garanties de prévoyance et d'autre part une assurance complémentaire pour frais de santé.

L'Inrap, en tant qu'employeur, participe à ces régimes, mis en place et renouvelés par appels d'offres dans le cadre des dispositions de l'article 27 du 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.

Ces régimes sont l'expression de la solidarité qui s'exerce au sein de l'Inrap et entre ses agents. Ils participent à la politique conduite par l'établissement pour l'amélioration continue des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.

Les modifications apportées à l'accord conclu le 11 juillet 2012 visent à adapter le dispositif dont bénéficient les agents de l'Inrap aux nouvelles normes du contrat responsable définies par le décret du 18 novembre 2014, en application des dispositions de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014.

L'institut s'inscrit de façon volontaire dans ces évolutions, qui portent l'affirmation d'une responsabilité et d'une solidarité accrue, entre l'Etat et l'ensemble des acteurs de la mutualité, pour permettre l'accès de chacun aux soins et aux services de santé. Les modifications apportées à la présente version de l'accord prennent effet au 1^{er} janvier 2016.

Titre I - Dispositions générales

Article 1 - Caractère des régimes.

Les régimes de prévoyance et d'assurance complémentaire santé dont bénéficient les agents de l'Inrap constituent des régimes collectifs obligatoires qui s'appliquent de la même façon à l'ensemble du personnel. Ils ont le caractère de régimes responsables, défini selon les critères de la sécurité sociale.

Article 2 - Adhérents - effet des garanties

Est adhérent tout agent sous contrat de travail avec l'Inrap, dès sa première rémunération. Le bénéfice des garanties est acquis dès l'affiliation, sans délai de carence.

Article 3 - Information

L'Inrap, en tant qu'employeur, remet à chaque agent nouvellement recruté deux notices détaillées résumant les garanties et leurs modalités d'application. Ces notices mentionnent, le cas échéant, certains risques exclus des garanties. Elles sont actualisées chaque année et portées à la connaissance des agents par voie électronique, par voie postale et par voie d'affichage.

Article 4 - Suspension des garanties

L'absence de versement d'une rémunération sur une période supérieure à 1 mois, notamment par l'attribution d'un congé sans rémunération, entraîne la suspension des garanties sur la période correspondante.

Toutefois, les agents placés dans cette situation bénéficient durant ces périodes, sous conditions et selon des dispositions propres à chaque régime, du maintien de certaines garanties.

FT JB CC BO PD

Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont détaillées aux titres II et III pour ce qui concerne respectivement la prévoyance et l'assurance complémentaire pour frais de santé.

Article 5 - Suivi des comptes

Les comptes sont présentés annuellement par les organismes assureurs, lors d'une réunion spécifique organisée avec les représentants désignés par les organisations syndicales disposant d'au moins un siège au comité technique central de l'Inrap. A l'initiative de l'administration, ou sur demande d'une ou plusieurs organisations signataire, il peut être procédé une fois par an à l'expertise, par un cabinet extérieur, des comptes présentés par les organismes assureurs.

Article 6 - Renouvellement des contrats

En application des dispositions de l'article L912-2 du Code de la sécurité sociale, le choix des organismes assureurs est réexaminé par appel d'offres, dans un délai qui ne peut excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. Les organisations syndicales sont associées à l'élaboration du cahier des charges ainsi qu'à la définition des critères d'appréciation des offres.

Titre II - Dispositions relatives à la prévoyance

Article 7 - Nature et financement des garanties

Les garanties du régime de prévoyance de l'Inrap comprennent :

- une garantie maintien de salaire, couvrant les périodes de plein traitement précisées aux articles 12, 13 et 14 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat. Cette garantie est financée par la seule contribution de l'Inrap.
- des garanties incapacité temporaire/invalidité - incapacité permanente/décès - rente éducation financées par des cotisations salariales et une contribution patronale.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du traitement brut versé à l'agent, incluant les primes et indemnités et limité aux tranches A et B, soit 4 fois le plafond de la sécurité sociale.

Concernant la garantie incapacité temporaire / invalidité - incapacité permanente/décès - rente éducation, la contribution patronale est égale à 64% du montant total de la cotisation globale.

Les cotisations sont dues dès l'adhésion. Seules sont exonérées du paiement des cotisations les périodes où l'agent est indemnisé au titre de la prévoyance, à compter du 1^{er} jour d'indemnisation de la période d'incapacité de travail. Lorsque l'agent perçoit durant la période d'indemnisation un traitement réduit, les cotisations restent dues sur la base du traitement réduit.

FJ TSO CC JBM

Article 8 - Effet des garanties

Sous réserve de la détention, par les bénéficiaires, des conditions d'attribution, les garanties prennent effet dès l'adhésion de l'agent, sans période de carence.

Article 9 - Garantie incapacité temporaire

La garantie incapacité temporaire intervient à l'épuisement des droits de l'agent à maintien de plein traitement prévus aux articles 12, 13 et 14 du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat. Elle est conditionnée à l'ouverture et au maintien des droits de l'agent concerné au régime général de la Sécurité sociale.

Lorsque l'agent ne dispose pas de l'ancienneté lui permettant de prétendre aux périodes de maintien du plein traitement citées ci-dessus, l'indemnisation intervient après le troisième jour d'arrêt.

L'agent dont l'arrêt de travail est pris en compte et indemnisé par la sécurité sociale bénéficie d'indemnités journalières complémentaires aux indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Le montant cumulé de ces indemnités est égal à 80% du salaire brut perçu par l'agent.

La garantie s'exerce de la même façon et pour les mêmes montants lorsqu'un traitement partiel est maintenu à l'agent, notamment en cas de temps partiel thérapeutique. Dans chaque cas, le cumul des indemnités et, le cas échéant, d'un traitement partiel, ne peut conduire l'agent à percevoir un montant supérieur au traitement net qu'il percevrait s'il avait poursuivi son activité.

Article 10 - Garantie invalidité - incapacité permanente

La garantie invalidité- incapacité permanente intervient lors de la reconnaissance, par la Sécurité sociale, de l'état d'invalidité ou d'incapacité permanente partielle (IPP) de l'agent.

Les prestations sont calculées après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale, selon le barème suivant, exprimé en pourcentage du traitement brut de référence, et tant que dure le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale.

Reconnaissance par la Sécurité sociale	Prestations
Invalidité 1 ^{ère} catégorie	54%
Invalidité 2 ^{ème} catégorie	80%
Invalidité 3 ^{ème} catégorie	80%
Taux IPP compris entre 33% et 66%	54%
Taux IPP supérieur ou égal à 66%	80%

FT BO CC JB M

Dans chaque cas, le cumul des indemnités et, le cas échéant, d'un traitement partiel, ne peut conduire l'agent à percevoir un traitement supérieur au traitement net qu'il percevait s'il avait poursuivi son activité.

Article 11 - Garantie décès / rente éducation

Les garanties décès et rente éducation prennent effet en cas de décès de l'agent avant son admission à la retraite.

Tous les risques de décès sont garantis, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après :

- en cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- sont exclus de la garantie les décès dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telle que par exemple : la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques.
- est exclu de la garantie le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire

Le capital décès, correspondant à 150% du traitement brut de référence défini comme le traitement brut perçu par l'agent sur la période de 12 mois précédant le premier jour d'arrêt, est versé au bénéficiaire désigné sur le bulletin d'adhésion individuel. A défaut de désignation, il est versé au conjoint de l'agent non divorcé, et, à défaut de conjoint, aux enfants, et, à défaut, aux petits enfants.

Le capital est doublé en cas de décès survenu à la suite d'un accident, sous réserve des dispositions figurant aux conditions générales de l'organisme assureur, sans toutefois pouvoir exclure les risques liés à l'activité professionnelle.

La rente éducation, dont le montant initial correspond à 150% du plafond mensuel de la Sécurité sociale, est versée annuellement aux enfants restant à charge, jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire.

Article 12 - Invalidité absolue et définitive

L'agent reconnu, avant l'âge légal de départ à la retraite, définitivement inapte à toute activité professionnelle et percevant à ce titre soit une pension pour invalidité de 3^{ème} catégorie soit une rente pour incapacité permanente professionnelle majorée pour recours à l'assistance d'une tierce personne, peut demander à bénéficier du versement anticipé du capital décès. Lorsque le capital décès est versé par anticipation, la rente éducation est versée aux enfants restant à charge dans les mêmes conditions.

Article 13 - Agents sans rémunération

Les agents temporairement sans rémunération bénéficient à leur demande sur cette période, sous réserve de ne pas exercer une autre activité professionnelle rémunérée, à l'exception des dispositions prévues à l'article L.523-6 du code du Patrimoine, du maintien des garanties capital décès - rente éducation, à condition

FJ TSO CC JBM

qu'ils s'acquittent eux-mêmes du paiement de la cotisation salariale afférente à ces deux garanties auprès de l'organisme assureur.

Les agents concernés attestent de leur situation de non-exercice d'une activité professionnelle rémunérée par déclaration sur l'honneur. L'Inrap s'acquitte de la contribution patronale auprès de l'organisme assureur.

Le non paiement des cotisations entraîne la suspension des garanties.

Lorsqu'il est fait usage des dispositions de l'article L.523-6 du code du Patrimoine, la prise en charge de la part patronale ne peut intervenir que sous réserve de son remboursement, à l'Inrap, par la collectivité concernée.

Titre III - Dispositions relatives à l'assurance complémentaire pour frais de santé

Article 14 - Caractère collectif et obligatoire du régime

Le régime collectif d'assurance complémentaire frais de santé constitue un régime obligatoire qui s'applique de la même façon à l'ensemble des agents de l'Inrap. Cependant, en dérogation du principe exprimé à l'article 1^{er} du présent accord, les agents engagés au sein de l'Inrap par contrat à durée déterminée ont la possibilité de renoncer au bénéfice de ce régime, s'ils sont recrutés pour une durée inférieure à 12 mois. Cette renonciation doit être formulée par écrit et transmise par l'agent à la direction des ressources humaines en même temps que son contrat signé.

Article 15 - Garanties

Les garanties sont définies selon le tableau placé en annexe. Le tiers payant couvre l'ensemble du territoire métropolitain et les départements d'outremer. Il comprend notamment un conventionnement avec des structures de soins publiques. Le tiers payant concerne a minima les postes suivants : pharmacie, biologie, radiologie, kinésithérapie, auxiliaires médicaux, optique, dentaire, établissements de soins.

Article 16 - Financement des garanties

Le financement des garanties est partagé entre les agents et l'Inrap, dont la contribution patronale représente 60% de la cotisation globale. La cotisation est proportionnelle au traitement brut indiciaire de l'agent, correspondant à un service à plein temps et limitée aux tranches A et B, soit 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Il existe un taux unique de cotisation pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale, et un taux unique pour les agents affiliés au régime Alsace Moselle, chacun correspondant au tarif famille.

FJ BO CC SB M

Article 17 - Bénéficiaires

L'effectif assuré au titre du présent contrat est composé d'un collège unique correspondant à l'ensemble du personnel sous contrat de travail.

Les membres assurés pourront également demander l'affiliation, au titre d'ayants droit, des bénéficiaires suivants :

- le conjoint non séparé de droit, le concubin ou la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- les enfants considérés par la Sécurité Sociale comme à la charge de l'assuré ou à celle de son conjoint ou concubin ou de la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité, en application de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité Sociale ;
- les enfants poursuivant leurs études inscrits régulièrement à la Sécurité Sociale au régime des étudiants ;
- les enfants handicapés, âgés de moins de 26 ans, s'ils sont titulaires avant leur 21ème anniversaire de la carte d'invalidité civile, et s'ils vivent sous le toit de l'assuré tout en étant à sa charge effective et permanente ;
- les ascendants, s'ils ne sont pas imposables à titre personnel, à la charge fiscale et matérielle exclusive de l'assuré ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Lorsque les deux membres d'un couple sont agents de l'Inrap, chaque membre paie sa cotisation en totalité. Dans cette situation, les éventuels restes à charge du premier membre participant peuvent être pris en compte, dans la limite des frais engagés, au titre de la seconde adhésion.

Article 18 - Agents sans rémunération

Les agents temporairement sans rémunération bénéficient à leur demande sur cette période, sous réserve de ne pas exercer une autre activité professionnelle rémunérée, à l'exception des dispositions prévues à l'article L.523-6 du code du Patrimoine, du maintien des garanties d'assurance complémentaire pour frais de santé à condition qu'ils s'acquittent eux-mêmes du paiement de la cotisation salariale auprès de l'organisme assureur.

Les agents concernés attestent de leur situation de non-exercice d'une activité professionnelle rémunérée par déclaration sur l'honneur.

L'Inrap s'acquitte de la contribution patronale qui lui est facturée par l'organisme assureur.

Lorsqu'il est fait usage des dispositions de l'article L.523-6 du code du Patrimoine, la prise en charge de la part patronale ne peut intervenir que sous réserve de son remboursement, à l'Inrap, par la collectivité concernée.

FJ BO ec JB M

Article 19 - Agents en fin de contrat

Les agents en fin de contrat et qui ont fait le choix, durant leur contrat, d'adhérer au régime collectif d'assurance complémentaire pour frais de santé peuvent, à la cessation de leur contrat, bénéficier du maintien, pour une durée maximum d'un an, des garanties du régime s'ils s'acquittent à titre individuel, de l'ensemble de la cotisation afférente, comprenant les parts salariale et patronale, auprès de l'organisme assureur.

Article 20 - Agents retraités.

Les agents partant à la retraite peuvent bénéficier du maintien des garanties du régime en souscrivant à un contrat collectif à adhésion facultative. Ce contrat, proposé par l'organisme assureur dans le cadre de l'appel d'offre mentionné au 4^{ème} alinéa du préambule du présent accord, est solidaire du contrat obligatoire souscrit par l'Inrap. Il en reprend l'ensemble des conditions.

Le tarif famille proposé dans ce cadre à l'adhérent est au plus égal à 135% de la cotisation, comprenant les parts salariale et patronale qu'il acquittait avec l'Inrap pour sa couverture en tant qu'actif.

Au-delà de ce tarif famille, il sera proposé par le titulaire du marché des taux spécifiques inférieur au tarif famille, permettant la couverture, à titre individuel ou en couple, des agents retraités sur la base du tableau des garanties du contrat collectif. Ces éléments seront définis lors de l'attribution du marché d'assurance complémentaire frais de santé et lors de chacun de ses renouvellements.

Titre IV Dispositions finales

Article 21 - Validité et durée de l'accord

En application du III de l'article 8 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et conformément aux dispositions de la circulaire relative à la négociation dans la fonction publique du 22 juin 2011, le comité technique central de l'Inrap est désigné comme l'instance de référence pour la signature de l'accord.

L'accord entre en vigueur au prochain renouvellement des régimes de protection sociale complémentaire dont bénéficient les agents de l'Inrap, soit le 1^{er} janvier 2013. Il est conclu sans limitation de durée. Dès sa prise d'effet, tous les textes antérieurs ayant le même objet sont abrogés.

Article 22 - Suivi et modification

Il est instauré un comité de suivi constitué de représentants de l'administration et de représentants désignés par les organisations syndicales disposant d'au moins un siège au comité technique central de l'Inrap.

FT BO CC JRM

Le comité se réunit au moins une fois par an, pour l'examen des comptes présentés par les organismes assureurs. Les membres du comité peuvent, le cas échéant proposer des évolutions ou le réexamen des garanties.

Article 23 - Publication

Dès sa ratification, l'accord est publié sur l'Intranet de l'établissement ainsi que sur le bulletin officiel du ministère de la Culture et de la Communication, sous réserve de l'accord de ses autorités compétentes.

A Paris, le

Pour les organisations syndicales :

SGPA CGT-Culture

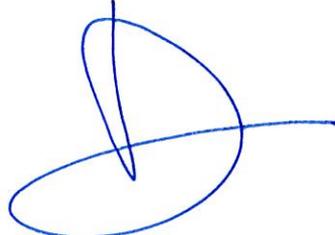

CNT-CCS


SNACFSU


SUD-Culture-Solidarité

JTBaeef


Pour la direction générale :



Annexe : Tableau des garanties de l'assurance complémentaire frais de santé

Régime Général

Garantie dite "responsable"

	Régime			Total
	Obligatoire * (à titre indicatif)			y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
Consultations, visites : généralistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%	40%	140%
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%	20%	120%
Consultations, visites : spécialistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%	110%	210%
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%	90%	190%
Actes de sages-femmes	70%	30%		100%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60%	40%		100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65%	35%		100%
Médicaments à SMR important	65%	35%		100%
Médicaments à SMR modéré	30%	70%		100%
Médicaments à SMR faible	15%	85%		100%
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%		100%
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%		100%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%		100%
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70%	30%		100%
Examens de laboratoires	60%	40%		100%
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60%	40%	100%	200%
+ Forfait supplémentaire prothèse capillaire			5.40 % du PMSS	5.40 % du PMSS
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives			12 % du PMSS	12 % du PMSS
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			8.25 % du PMSS	8.25 % du PMSS
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 50 %	150 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 110 %	210 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 90 %	190 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée			1.80 % du PMSS/Nuit	1.80 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (1)			1.80 % du PMSS/Jour	1.80 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant			0.55 % du PMSS/Jour	0.55 % du PMSS/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p>(1) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p> <p>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				

FJ BSO CC JSM

Régime Général

Garantie dite "responsable"

	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)			Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 110 %	210 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 90 %	190 %
Chambre particulière avec nuitée			1.80 % du PMSS/Nuit	1.80 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (2)			11 % du PMSS	11 % du PMSS
<i>(2) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</i>				
Enfant (moins de 18 ans) (3)				
monture	60%		4,5% PMSS	60% + 4,5% PMSS
par verre:				
- simple	60 %		4,5% PMSS	60 % + 4,5% PMSS
- complexe	60 %		6% PMSS	60 % + 6% PMSS
- très complexe	60%		8% PMSS	60% + 8% PMSS
Adulte (18 ans et plus) (3)				
monture	60%		4,5% PMSS	60% + 4,5% PMSS
par verre :				
- Simple	60 %		6% PMSS	60 % + 6% PMSS
- Complexe	60 %		8% PMSS	60 % + 8% PMSS
- Très complexe	60 %		10% PMSS	60 % + 10% PMSS
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %		40 % + 7.15 % du PMSS/ An	100 % + 7.15 % du PMSS / An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			7.15 % du PMSS€/ An	7.15 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			23 % du PMSS/Oeil	23 % du PMSS/Oeil
<i>(3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe (adulte uniquement) : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</i>				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire :				
- Prothèses	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (4)			200 %	200 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			100 %	100 %
Implantologie (5)(6)(7)(8)			27 % PMSS/Implant	27 % du PMSS/Implant
<i>(4) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle. (5) Prise en charge également de la phase préparatoire et de la connectique sur implant. (6) Prise en charge liée à l'ostéo-intégration. (7) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire. (8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
Ostéopathie (8)(9)			1.45 % du PMSS/Séance	1.45 % du PMSS/Séance
<i>(8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (9) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</i>				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			1.65 % du PMSS/An	1.65 % du PMSS/An
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Participation sur frais d'obsèques (10)			27.50 % du PMSS	27.50 % du PMSS
<i>(10) Indemnité limitée aux frais réels.</i>				

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

FJ TSO CC JBM

Régime local (Alsace-Moselle)

Garantie dite "responsable"

Régime local (Alsace-Moselle)	régime			total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
	Obligatoire * (à titre indicatif)			
Consultations, visites : généralistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %	+ 40 %	140 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %	+ 20 %	120 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %	+ 110 %	210 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%			100%
Médicaments à SMR important	90 %	10 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %		100 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %		100 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	90 %	10 %		100 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %		100 %
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire prothèse capillaire			5.40 % du PMSS	5.40 % du PMSS
Prothèses auditives	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives			10.80 % du PMSS	10.80 % du PMSS
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 100 %	200 %
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90 %	10 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			8.25 % du PMSS	8.25 % du PMSS
Frais de séjour	100 %		+ 50 %	150 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 110 %	210 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 90 %	190 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée			1.80 % du PMSS/Nuit	1.80 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (1)			1.80 % du PMSS/Jour	1.80 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant			0,55 % du PMSS/Jour	0,55 % du PMSS/Jour

(1) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

FJ ISO CC JRM

Régime local (Alsace-Moselle)

Régime local (Alsace-Moselle)	Régime			Total
	Obligatoire *			y compris Régime Obligatoire
	(à titre indicatif)			(à titre indicatif)
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 110 %	210 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 90 %	190 %
Chambre particulière avec nuitée			1.80 % du PMSS/Nuit	1.80 % du PMSS/Nuit
Indemnité de naissance (2)			11 % du PMSS	11 % du PMSS
<i>(2) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</i>				
Enfant (moins de 18 ans) (3)				
Monture	90 %		4,5% PMSS	90% + 4,5% PMSS
Par verre				
- Simple	90 %		4,5% PMSS	90 % + 4,5% PMSS
- Complexe	90 %		6% PMSS	90 % + 6% PMSS
- Très complexe	90 %		8% PMSS	90%+ 8% PMSS
Adulte (18 ans et plus) (3)				
Monture	90 %		4,5% PMSS	90% + 4,5% PMSS
Par verre				
- Simple	90 %		6% PMSS	90 % + 6% PMSS
- Complexe	90 %		8% PMSS	90 % + 8% PMSS
- Très complexe	90 %		10% PMSS	90 % + 10% PMSS
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	90 %		40 % + 7.15 % du PMSS/ An	100 % + 7.15 % du PMSS / An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			7,15 % du PMSS/An	7.15 % du PMSS/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			23% du PMSS/Oeil	23% du PMSS/Oeil
<i>(3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.</i>				
Soins	90 %	10 %		100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire :				
- Prothèses	90 %	10 %	+ 300 %	400 %
- Inlays-Core	90 %	10 %	+ 300 %	400 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire (4)			200 %	200 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %	0 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			100 %	100 %
Implantologie (5)(6)(7)(8)(9)			27 % du PMSS/Implant	27 % du PMSS/Implant
<i>(4) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle. (5) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire. (6) Prise en charge également de la phase préparatoire et de la connectique sur implant. (7) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la (8) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS. (9) Prise en charge liée à l'ostéo-intégration.</i>				
Ostéopathie (7)(10)			1,45% du PMSS/Séance	1.45 % du PMSS/Séance
<i>(7) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (10) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire.</i>				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			1.65 % du PMSS/An	1.65 % du PMSS/An
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Participation sur frais d'obsèques (11)			27.50 % du PMSS	27.50 % du PMSS
<i>(11) Indemnité limitée aux frais réels.</i>				

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

FJ BO CC JS M