

**ACCORD D'ENTREPRISE RELATIF AU REGIME  
DE PREVOYANCE ET DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX**

**AVENANT N°2**

**Entre :**

COFIROUTE, représentée par François LEMAGNENT, Directeur des Ressources Humaines

**D'une part,**

**Et**

Les Organisations Syndicales signataires,

- Le syndicat CFE-CGC BTP, représenté par: CANDELO Chantal
- Le syndicat CGT, représenté par: Brigitte GUENA
- Le syndicat SAOR-CFDT, représenté par: Chrystel DE MAESEMEIRE
- Le syndicat SGPA-UNSA, représenté par: Céline WACK

**D'autre part.**

CW  
cc  
BE  
CDN  
Z

## **PREAMBULE**

Les salariés de COFIROUTE bénéficient d'un système de protection sociale complémentaire négocié avec les partenaires sociaux. Il se décompose en deux parties : les garanties complémentaires de prévoyance (décès, incapacité, invalidité) et les garanties complémentaires de remboursement des frais de santé.

Ce système est basé sur un principe de solidarité : les prestations de prévoyance et de santé sont cofinancées par l'entreprise (cotisations patronales) et les salariés (cotisations salariales).

Au travers du présent avenant, les partenaires sociaux ont confirmé leur engagement à voir se pérenniser ce système en garantissant l'équilibre entre les prestations servies, les cotisations versées et en répondant aux contraintes législatives et réglementaires.

Le présent avenant répond à deux enjeux majeurs :

- ✓ Continuer à se conformer strictement aux règles d'exonération fiscale et sociale issues des divers textes de Lois et circulaires d'application (respect du cahier des charges des contrats dits « Responsables et Solidaires » par la prise en compte des exclusions et obligations minimales de prise en charge).
- ✓ Rechercher le meilleur rapport garanties/coût afin d'assurer dans le temps l'équilibre et la pérennité du régime.

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 d'Entreprise en date du 31 octobre 2017.

## **TITRE I - CLAUSES COMMUNES**

### **Article 1. Objet et Champ d'application**

Le présent avenant a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés visés à l'article 2.1/., aux contrats collectifs d'assurance souscrits à cet effet auprès d'organisme(s) assureur(s) habilité(s), sur la base des garanties ci-après annexées à titre informatif.

### **Article 2. Adhésion des salariés**

#### **2.1/. Salariés bénéficiaires**

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés de COFIROUTE.

#### **2.2/. Caractère obligatoire de l'adhésion**

L'adhésion au régime des salariés visés à l'article 2.1/., est obligatoire.

Cette affiliation obligatoire résulte de la conclusion du présent avenant avec les organisations syndicales représentatives.

Handwritten notes:   
AW   
CC   
B6   
CD1   
DZ

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Par exception cependant, les salariés suivants pourront choisir de ne pas adhérer au régime collectif de remboursement de frais de santé s'ils justifient lors de leur embauche et annuellement être concernés par l'une des situations suivantes :

- salariés et apprentis 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 d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 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 ;
- salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale. 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 ;
- salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de l'embauche ;
- salariés qui bénéficient par ailleurs, au titre d'un autre emploi, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Pour les couples dont les deux membres travaillent dans l'Entreprise, l'un des deux doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Les salariés concernés par l'une ou l'autre de ces dispenses devront faire part de leur demande de dispense d'adhésion par écrit. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Dès lors que ces salariés cesseront de produire les éventuels documents nécessaires pour justifier de leur situation, ils seront tenus de cotiser au régime collectif de frais médicaux obligatoire.

### **2.3/. Salariés dont le contrat de travail est suspendu**

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'une indemnisation financée au moins en partie par COFIROUTE.

*aw*  
C 011  
cc  
B6  
□

Dans ce cas, COFIROUTE verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié acquitte sa part de cotisations. C'est notamment le cas des salariés COFIROUTE bénéficiaires du dispositif «CATS».

Sauf à ce que COFIROUTE soit en mesure de procéder au précompte de la cotisation, le salarié est tenu d'adresser dans les meilleurs délais un relevé d'identité bancaire au gestionnaire du régime, ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Dans les autres hypothèses de suspension du contrat de travail, le salarié peut solliciter le maintien de la garantie remboursement de frais de santé. Il prend en charge, pendant cette période, l'intégralité du coût de la cotisation (part patronale et salariale), selon les mêmes modalités que celles mentionnées au paragraphe précédent.

#### **2.4/. Salariés dont le contrat de travail est rompu – Portabilité**

Les salariés bénéficiaires du présent régime auront droit au maintien des garanties obligatoires en vigueur dans l'entreprise en cas de rupture non-consécutive à une faute lourde de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation.

### **Article 3. Garanties**

Les garanties souscrites ne constituent, en aucun cas, un engagement pour COFIROUTE, qui n'est tenue, à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations, des garanties minimales imposées par la convention collective nationale de branche et des dispositions légales et réglementaires. Par conséquent, les garanties mises en œuvre par les contrats d'assurance relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur retenu, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

### **Article 4. Information**

#### **4.1/. Information individuelle**

En sa qualité de souscripteur, COFIROUTE remettra à ses salariés et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

#### **4.2/. Information collective**

Conformément à l'article R. 2323-1-13 du Code du Travail, le Comité d'Entreprise est informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de prévoyance.

## TITRE II - GARANTIES « DECES, INCAPACITE, INVALIDITE »

### Article 1. Cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « décès, incapacité-invalidité » s'élèvent à un montant correspondant à un pourcentage de la rémunération brute annuelle calculée dans la limite des tranches A, B et C :

- ✓ TA = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- ✓ TB = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- ✓ TC = Salaire compris entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Elles sont déterminées de la façon suivante :

	TA	TB	TC
Part employeur	1,61 %	1,03 %	1,03 %
Part salarié	0,09 %	0,90 %	0,90 %
Total	1,70 %	1,93 %	1,93 %

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2017, à 3 269 € (le plafond annuel est de 39.228 €). Il est modifié une fois par an (au 1<sup>er</sup> janvier), par voie réglementaire.

### Article 2. Évolution ultérieure des cotisations

La teneur des résultats ou la modification de l'environnement réglementaire (taxes, désengagement Sécurité sociale...) peuvent justifier une évolution des cotisations. En cas d'évolution des taux de cotisations, à la hausse ou à la baisse, inférieure ou égale à 5% sur une année civile, celle-ci sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles mentionnées ci-dessus, sans formalisation d'un nouvel avenant à l'accord.

Toute demande d'augmentation des taux de cotisations supérieure à 5% sur une année civile fera l'objet d'une nouvelle négociation avec les organisations syndicales représentatives et d'un nouvel avenant à l'accord.

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

### Article 3. Changement d'organisme assureur

Conformément à l'article L.912-3 du Code de la Sécurité Sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente), continueront à être revalorisées. Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, la société s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

### TITRE III - GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

#### Article 1. Cotisations

##### 1.1/. Salariés

A la date d'effet du présent avenant, les cotisations servant au financement du régime de base obligatoire du contrat d'assurance « remboursement de frais de santé » s'élèvent aux montants indiqués ci-après, pris en charge par l'employeur et par les salariés dans les proportions suivantes :

En % du Plafond de la Sécurité Sociale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation globale
<i>Taux « ISOLE »</i>	1,203 %	0,677 %	1,88 %
	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation globale
<i>Taux « FAMILLE »</i>	2,876 %	1,624 %	4,50 %

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2017, à 3.269 €. Il est modifié une fois par an (au 1<sup>er</sup> janvier), par voie réglementaire.

Le salarié acquitte obligatoirement la cotisation correspondant à sa situation de famille réelle. En application de l'article D. 911-3 du Code de la Sécurité Sociale, le salarié a la possibilité de ne pas étendre sa couverture aux bénéficiaires tels que définis dans la notice d'information lorsque ceux-ci sont couverts par ailleurs dans les conditions prévues à cet article.

##### 1.2/. Anciens Salariés – Autres bénéficiaires

Les personnes suivantes peuvent bénéficier, s'ils le souhaitent, des garanties du régime des actifs de COFIROUTE :

- ✓ les retraités de COFIROUTE,
- ✓ Les conjoints ou « pacsés » survivants retraités d'un salarié décédé en activité ou en retraite,
- ✓ Les salariés licenciés pour inaptitude médicale,
- ✓ Les salariés licenciés après 57 ans.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS).

##### A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2018:

- « Ancien » régime (ex-MUTEX): 3,028% du PSS par adulte  
1,703% du PSS par enfant

COM AW  
12 36 CC

- « Nouveau » régime : 3,574% du PSS par adulte  
1,961% du PSS par enfant

Les cotisations sont à la charge des intéressés, recouvrées par le gestionnaire du régime.

COFIROUTE prend en charge une part du montant annuel de la cotisation individuelle des anciens salariés retraités. Cette part ne pouvant excéder:

- ni 30% du montant annuel de la cotisation individuelle des salariés retraités,
- ni 266,29 € dans le cadre du nouveau régime ou 225,53 euros dans le cadre de l'ancien régime.

Le montant total des remboursements pour cette catégorie ne peut pas excéder 77 540,82€ annuels.

### **1.3/. Évolution ultérieure des cotisations**

La teneur des résultats ou la modification de l'environnement réglementaire (taxes, désengagement Sécurité sociale...) peuvent justifier une évolution des cotisations.

En cas d'évolution des taux de cotisations, à la hausse ou à la baisse, inférieure ou égale à 5% sur une année civile, celle-ci sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles mentionnées ci-dessus, sans formalisation d'un nouvel avenant à l'accord.

Toute demande d'augmentation des taux de cotisations supérieure à 5% sur une année civile fera l'objet d'une nouvelle négociation avec les organisations syndicales représentatives et d'un nouvel avenant à l'accord.

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

En ce qui concerne le régime Frais de santé des « autres bénéficiaires », les cotisations seront indexées automatiquement si le rapport « sinistres sur primes » excède 105%.

## **TITRE IV - DISPOSITIONS FINALES**

### **Article 1. Durée-Révision-Dénonciation**

L'avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Le présent avenant se substitue de plein droit à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, d'accords adoptés par référendum, de décisions unilatérales ou de toute autre pratique en vigueur dans la Société et portant sur le même objet que celui prévu par le présent avenant.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivants et L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du Code du Travail.

**Conformément aux articles L. 2222-5 et L. 2261-7 et suivants du Code du Travail**, les parties signataires du présent avenant ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent avenant qu'il modifiera.

**Conformément à l'article L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du Code du Travail**, les parties signataires du présent avenant ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.

Le présent avenant pourra faire l'objet soit d'une dénonciation totale, soit d'une dénonciation partielle, notamment dans la mesure où les régimes « remboursement de frais de santé » et « décès, incapacité, invalidité » peuvent avoir vocation à évoluer de façon autonome.

La dénonciation partielle devra ainsi nécessairement concerner soit l'ensemble des dispositions du présent avenant relatives au régime « remboursement de frais de santé », soit l'ensemble des dispositions du présent avenant relatives au régime « décès, incapacité, invalidité ».

Ainsi, dans l'hypothèse d'une dénonciation limitée aux dispositions du présent avenant relatives au régime « incapacité, invalidité, décès », les dispositions relatives au régime « remboursement de frais de santé » demeureront en vigueur. De même, dans l'hypothèse d'une dénonciation limitée aux dispositions du présent avenant relatives au régime « remboursement de frais de santé », les dispositions relatives au régime « incapacité, invalidité, décès » demeureront en vigueur.

La possibilité de dénonciation partielle est cependant expressément subordonnée à l'absence de toute connexité entre les contrats d'assurance de ces deux régimes.

L'avenant dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance collectif.

La résiliation, par l'organisme assureur, du et des contrats dont les garanties sont rappelées en annexe à titre informatif, entraînera de plein droit caducité du présent avenant par disparition de son objet.

## **Article 2. Dépôt et publicité**

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du Code du Travail, le présent avenant sera déposé en 2 exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, à la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) du lieu de signature de l'avenant.



Un exemplaire original sera également remis au secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes.

En outre, un exemplaire original sera établi pour chaque partie.

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

Enfin, en application des articles R. 2262-1, R. 2262-2 et R. 2262-3 du Code du Travail, le présent avenant sera transmis aux représentants du personnel, et mention de cet avenant sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel, ainsi que sur l'intranet.

Fait à RUEIL-MALMAISON, le 7 décembre 2017

Pour la société COFIROUTE:

François LEMAGNENT  
Directeur des Ressources Humaines

Pour le syndicat CFE-CGC BTP

Pour le syndicat CGT

brigitte GUENA

Pour le syndicat SAOR-CFDT CHRISTEL DE-MAESENEIRE

~~CHRISTEL DE-MAESENEIRE~~

Pour le syndicat SGPA-UNSA

**ANNEXE A L'AVENANT N°2 A L'ACCORD D'ENTREPRISE  
RELATIF AU REGIME DE PREVOYANCE ET DE  
REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX**

CDM  
12  
CC  
B6

## PREVOYANCE ENSEMBLE DU PERSONNEL

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	
<b>DECES - CAPITALS &amp; INDEMNITES</b>					
En pourcentage de la base des prestations					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Décès / Invalidité Absolue et Définitive - 3e catégorie SS (IAD)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assuré célib., veuf, divorcé, concubin, sans enfant à charge :</li> <li>- Assuré marié/PACSé, sans enfant à charge :</li> <li>- Assuré ayant 1 enfant à charge :</li> <li>- Majoration par enfant à charge supplémentaire :</li> </ul> </li> <li>● <b>Décès Accidentel (capital supplémentaire)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assuré célib., veuf, divorcé, concubin, sans enfant à charge :</li> <li>- Assuré marié/PACSé, sans enfant à charge :</li> <li>- Assuré ayant 1 enfant à charge :</li> <li>- Majoration par enfant à charge supplémentaire :</li> </ul> </li> <li>● <b>Décès Accidentel suite Accident du Travail (capital suppl)</b></li> <li>● <b>Double Effet (Décès postérieur du conjoint/PACSé)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capital partagé entre les enfants encore à charge :</li> </ul> </li> <li>● <b>Alloc. Obsèques : assuré, conjoint/PACSé, enfant à charge</b></li> <li>● <b>Invalidité Permanente Accidentelle (franchise 10%)</b>                      Versement d'un capital fonction du taux d'invalidité (T) :                      suite à Accident de Travail et Accident de trajet au sens SS                      suite à Accident de la vie privée                 </li> </ul>	220%	-	-	220%	
	290%	-	130%	220%	
	350%	200%	130%	220%	
	+ 60%	-	-	-	
	+ 220%	-	-	+ 220%	
	+ 290%	-	+ 290%	+ 290%	
	+ 350%	+ 350%	+ 350%	+ 350%	
	+ 60%	+ 60%	+ 60%	+ 60%	
	+ 100% de la base des prestations quelque soit la situation de famille				
	+ 100% capital Décès de l'Option 1				
	100 % PMSS (limité aux frais réels pour enfant moins de 12 ans)				
		300% x T NEANT	300% x T NEANT	300% x T NEANT	300% x T 300% x T
<b>DECES - RENTES</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Rente Education annuelle par enfant à charge</b>                              Jusqu'à 10 inclus :                              De 11 ans à 16 ans inclus :                              De 17 à 25 ans inclus si études sup., ou handicapés :</li> <li>● <b>Rente de Conjoint marié (X : âge de l'Assuré au jour du décès)</b>                              (le PACSé et le concubin ne peuvent bénéficier de cette garantie)                              Rente temporaire annuelle (-&gt; réversion ARRCO-AGIRC) :                              Rente viagère annuelle :</li> </ul>	NEANT	8% 10% 12%	NEANT	NEANT	
	NEANT	NEANT	0,20% sal.(X-25) 0,40% sal.(65-X)	NEANT	
	en relais des obligations de maintien de salaire COFIROUTE 85 % Salaire (prestations SS incluses)				
85 % Salaire net (prestations SS incluses) 85 % Salaire net (prestations SS incluses)					
NB : En cas d'ATMP, les dispositions prévues ci-dessus s'appliquent aussi, sachant que le taux minimal d'incapacité permanente retenu par la Sécurité Sociale doit être de 50%.					
<b>INCAPACITE - INVALIDITE</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Incapacité Temporaire de Travail</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Franchise :</li> <li>- Prestation :</li> </ul> </li> <li>● <b>Invalidité Permanente de Travail - Vie Privée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rente de 2ème catégorie SS :</li> <li>- Rente de 3ème catégorie SS :</li> </ul> </li> </ul>					

CDM

# FRAIS DE SANTE

Valeur PMSS 2017 (Plafond Mensuel de la SS) : 3.269 Euros

ENSEMBLE DU PERSONNEL ACTIF  
régime de base obligatoire (en complément SS, sauf précisions)

HOSPITALISATION MEDICALE & CHIRURGICALE	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de séjour</li> <li>Honoraires</li> <li>Chambre particulière</li> <li>Forfait hospitalier</li> <li>Transports en ambulance</li> <li>Frais d'accompagnant (&lt; 16 ans)</li> </ul>	100% Frais réels - SS OPTAM : 100% Frais réels - SS NON OPTAM : TM + 100% BR 4% du PMSS / Jour (soit 130,76 €) 20 € par jour Ticket Modérateur Frais réels	90% Frais réels - SS Pas de médecin OPTAM en secteur non conventionné
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations / Visites Généralistes</li> <li>Consultations / Visites Spécialistes</li> <li>Radiologie (ADI : actes d'imagerie médicale)</li> <li>Actes d'échographie (ADE)</li> <li>Actes de Chirurgie (ADC), Actes Techniques Médicaux (ATM)</li> <li>Analyses</li> <li>Auxiliaires Médicaux (Kiné, Infirmier, Orthoptiste, Orthophoniste)</li> <li>Prothèses Médicales/ Orthopédie</li> <li>Prothèses Auditives</li> <li>Pharmacie remboursée Sécurité Sociale</li> </ul>	OPTAM : 200% de la Base de remboursement SS NON OPTAM : TM + 100% BR 200% de la Base de Remboursement 200% de la Base de Remboursement 400% de la Base de remboursement SS 1000 € par appareillage et par bénéficiaire / an Ticket Modérateur	
<b>FRAIS DENTAIRES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soins dentaires</li> <li>Inlays-core</li> <li>Prothèses dentaires remboursées SS</li> <li>Orthodontie acceptée ou refusée SS</li> <li>Implant dentaire</li> </ul>	200% de la Base de remboursement SS 200% de la Base de remboursement SS 300% de la Base de remboursement SS (maxi 1300 Euros par an et par bénéficiaire, hors inlays core, sauf conséquences d'une pathologie). 250% de la Base de remboursement SS Maxi 838,50€ par implant (hors couronne sur implant) (2 implants/an/bénéficiaire)	
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b> Adulte >18 ans : 1 équipement 2V + M tous les 2 ans par bénéficiaire date d'achat faisant foi (sauf évolution de la vue => 1 x / an date d'achat) Enfant (<18 ans) : 1 équipement 2V + M par an et par bénéficiaire, date d'achat faisant foi		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monture et Verres :</li> </ul> <b>ADULTE &gt; 18 ans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monture (adulte)</li> <li>Par verre simple : verre A décret 18/11/2014</li> <li>Par verre complexe (unifocal ou progressif) : verre C décret 18/11/2014</li> <li>Par verre ultra complexe progressif: verre F décret 18/11/2014</li> </ul> <b>ENFANT &lt; 18 ans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monture (enfant)</li> <li>Par verre simple : verre A décret 18/11/2014</li> <li>Par verre complexe (unifocal ou progressif) : verre C décret 18/11/2014</li> <li>Par verre ultra complexe progressif: verre F décret 18/11/2014</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentilles de contact acceptées ou refusées SS (jetables incluses)</li> <li>Kératochirurgie</li> </ul>	<b>RESEAU</b> Maxi 150 € Maxi 140 € Maxi 300 € Maxi 350 € Maxi 130 € Maxi 120 € Maxi 300 € Maxi 350 €	<b>HORS RESEAU</b> Maxi 120 € Maxi 110 € Maxi 240 € Maxi 300 € Maxi 100 € Maxi 100 € Maxi 240 € Maxi 300 €
<b>DIVERS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité (sur factures liées à l'accouchement)</li> <li>Cure Thermale (acceptée SS)</li> </ul>	max. 20% du PMSS (soit 653,80 €) 14% du PMSS (soit 457,66 €)	
<b>ACTES DE PREVENTION</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultation diététicien enfant &lt;12 ans</li> <li>Densitométrie osseuse (dépistage ostéoporose)</li> <li>Vaccins non remboursés Sécurité Sociale (prescrits médicalement)</li> <li>Prise en charge 2 actes de prévention depuis 01/07/08</li> <li>Ostéopathes / chiropracteurs / acupuncteurs / éthiopathes</li> <li>Sevrage tabagique/Substituts nicotiques</li> <li>Assistance</li> </ul>	200% de la Base de remboursement SS 3% du PMSS (soit 98,07 €) 100 % des Frais réels TM suite détartrage annuel complet sus et sous-gingival en 2 séances maxi et vaccin DTP (Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite) 10 Euros par séance (maxi 3 séances / an / bénéficiaire) 50% des Frais réels, crédit maxi de 100 € (intervention régime si prise en charge SS)	

NB : Le régime respecte les minima, les maxima de remboursements et toutes les dispositions des "contrats responsables"

BR : Base de remboursement SS / Ticket Modérateur TM : Base de remboursement SS (BR) moins le remboursement de la SS / Médecin OPTAM : médecin signataire de l'Option OPTAM (OPTAM-CO pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) pour la maîtrise des dépassements d'honoraires (liste disponible sur www.ameil.fr). Les options OPTAM et OPTAM-CO remplacent le "Contrat d'Accès aux Soins" : CAS depuis le 01/01/2017

Important : Les conjoints / PACSés / concubins de salariés COFIROUTE déjà bénéficiaires d'un régime complémentaire de remboursement de frais de santé par ailleurs devront impérativement actionner la télétransmission (dite « NOEMIE ») entre la Sécurité Sociale et ce régime. Le régime COFIROUTE pourra intervenir de manière surcomplémentaire, dans la limite des frais réels engagés. Fin 2018 au plus tard, le décrochage du lien de télétransmission avec le régime COFIROUTE sera automatique pour les conjoints / PACSés / concubins déjà couverts par ailleurs.

COF  
BCC  
CC