

**Avenant n°4 à l'accord de révision relatif
à la prévoyance complémentaire
des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016**

Le présent accord est conclu entre :

France Télévisions, Société nationale de programme, au capital de 378 340 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 432 766 947, ayant son siège social 7 esplanade Henri de France 75907 Paris cedex 15, représentée par Madame Delphine ERNOTTE CUNCI, Présidente Directrice Générale, entreprise dominante du Groupe France Télévisions et agissant tant pour son compte que celle des filiales définies par le présent accord,

D'une part,

Et

Les Organisations syndicales représentatives au niveau du Groupe France Télévisions, visées ci-dessous,

D'autre part,

Ci-après dénommées ensemble « les parties ».


Préambule

Les salariés du groupe France Télévisions bénéficient d'un régime de prévoyance complémentaire (« frais de santé » et « incapacité, invalidité, décès ») formalisé par l'accord de révision de l'accord relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 et ses avenants.

Compte tenu du terme le 31 décembre 2021 du marché attribué à Audiens, les parties se sont réunies afin d'arrêter les éléments essentiels du cahier des charges de l'appel d'offres.

C'est ainsi qu'un relevé de conclusions a été signé le 25 juin 2021 et qu'un appel d'offres européen a été réalisé, aboutissant à l'attribution des marchés pour une période de 4 ans avec la possibilité d'une prolongation d'une année.

L'appel d'offres réalisé prend le pari de maintenir le niveau du régime de prévoyance complémentaire du Groupe.


RA 1 BC
LS CF

A l'issue de l'appel d'offres réalisé par France Télévisions et de la désignation des attributaires des marchés Santé et Prévoyance, les parties se sont réunies afin de finaliser les dispositifs et ont conclu le présent avenant ayant pour objet de modifier certaines dispositions de l'accord du 10 novembre 2016 et de ses avenants, à effet du 1^{er} janvier 2022.

Le présent avenant (ci-après dénommé l'«Accord») porte ainsi révision de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions signé le 10 novembre 2016 et ses avenants.

A ce titre, sont exclusivement modifiées par le présent accord les dispositions des articles 2 relatif au champ d'application, 3.1 relatif aux bénéficiaires, 4.1 relatif aux dispenses d'ordre public, 5 relatif au versement santé, 7 relatif aux prestations, ainsi que les dispositions de l'article 8 relatif aux cotisations.

Article 1 – Modification de l'article 2.1 « Définition des sociétés entrant dans le périmètre de l'accord »

Les dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 2.1 de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 sont modifiées comme suit :

« Le présent accord s'applique à la société France Télévisions ainsi qu'aux filiales suivantes : France Télévisions Distribution, France Télévisions Studio et sa filiale France TV Presse, France 2 et France 3 Cinéma, SVOD et Les Tontons Truqueurs. »

Article 3 – Modification de l'article 3.1 « Salariés de certaines collectivités ultramarines »

Les dispositions de l'article 3.1 de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 sont modifiées comme suit :

« Le régime s'applique aux salariés des établissements des collectivités ultramarines de Polynésie Française et de Nouvelle-Calédonie s'agissant des risques « Frais de santé » et « décès », dans des conditions précisées par des accords d'établissement afin de tenir compte de la législation locale applicable.

Dans l'établissement de Wallis et Futuna, un accord d'établissement propre a par ailleurs mis en œuvre une couverture Prévoyance décès spécifique.

Les salariés des établissements de Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Métropole, La Réunion, et Saint-Pierre et Miquelon continuent de bénéficier du régime obligatoire et collectif lorsqu'ils sont en mission ou affectés au titre d'un séjour en Nouvelle Calédonie, en Polynésie Française, à Wallis et Futuna ou à l'Etranger dès lors qu'ils sont maintenus dans le régime de la Sécurité Sociale en vigueur dans leur affectation d'origine. »

W
RA 2 BC
LS CF

Article 4 – Modification de l'article 4.1 « Dispenses d'ordre public prévues par l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale »

Les dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 4.1 de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 sont modifiées comme suit :

- « Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la « couverture santé solidaire » dite CSS). Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ».

Article 5 – Modifications de l'article 5 « Versement santé »

Les dispositions de l'article 5 de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 sont modifiées comme suit :

Les termes « de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) » et « de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) » sont remplacés par « de la couverture santé solidaire ».

Article 6 – Modifications de l'article 7 « Prestations »

Les dispositions de l'alinéa 1^{er} article 7 de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 sont modifiées comme suit :

Les garanties sont celles décrites dans le relevé de conclusions signé le 25 juin 2021. Elles sont formalisées au sein des contrats d'assurance souscrits auprès des assureurs sélectionnés et sont annexées au présent accord à titre informatif.

Article 7 – Modification de l'article 8 « Cotisations»


Les dispositions de l'article 8 de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 sont modifiées comme suit :

« Les cotisations « Incapacité-invalidité-décès » d'une part, et « Frais de santé » d'autre part, sont identifiées en tant que telles sur le bulletin de paie.

8.1 – Cotisations Incapacité-invalidité-décès

Les cotisations afférentes à la couverture des risques « incapacité, invalidité, décès sont exprimés en pourcentage du salaire assis sur les tranches 1 et 2.

Le financement de la cotisation est assuré selon le tableau ci-dessous :

 3 BC
RA LS CF

Décès - Rente éducation	Taux de cotisations (% du PMSS)	Part salariale	Part Patronale
T1	0,89 %	10 %	90 %
T2	0,89 %	30 %	70 %

Incapacité Invalidité	Taux de cotisation (% du PMSS)	Part salariale	Part Patronale
T1	1,47%	38,50 %	61,50 %
T2	3,29 %	30,25 %	69,75 %

Les tranches 1 et 2 sont déterminées de la façon suivante :

- T1 = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond de la Sécurité sociale ;
- T2 = Salaire compris entre 1 fois et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé par voie réglementaire et modifié une fois par an.

Le bénéfice des garanties de prévoyance est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, qu'elle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. France Télévisions maintient sa contribution dans les mêmes proportions que pour les salariés en activité, et ce pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

8.2- « Cotisations Frais de santé »

Les cotisations servant au financement du régime « remboursement de frais de santé » sont de type « Isolé / Famille » et ont pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés, et à titre facultatif leurs ayants-droit tels que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information.

Le montant de la participation de l'employeur est identique pour chaque salarié, quelque soit la cotisation choisie par lui -individuelle ou famille- et s'élève à 71,55 % de la cotisation « isolé ».

Les taux de cotisations sont les suivants à compter du 1^{er} janvier 2022 :

Le tableau des taux de cotisations figurant à l'article susvisé est modifié comme suit :

	Régime général		Régime local	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille
Taux de cotisation (% du PMSS)	3,59%	4,74%	2,52%	3,35%

Les salariés acquittent donc obligatoirement la cotisation « isolé » et ont la possibilité d'étendre le bénéfice des garanties à leurs ayants droit, en prenant alors en charge l'intégralité de la cotisation supplémentaire afférente à cette couverture.

En cas de suspension de son contrat de travail pour congé sans solde (notamment sabbatique, présence parentale, solidarité familiale et soutien familial), le salarié pourra continuer d'adhérer au régime obligatoire de frais de santé, sous réserve d'acquitter la totalité des cotisations, dans la limite d'une durée maximale de 1 an.

Dans le cas d'un congé parental non rémunéré, le salarié bénéficie, dans le cadre de l'engagement de France Télévisions en faveur de l'égalité des femmes et des hommes, du maintien dans le contrat obligatoire avec participation de l'employeur pendant les 6 premiers mois du congé. A l'issue de cette période, le salarié peut être maintenu dans le contrat obligatoire en acquittant la totalité de la cotisation jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant, et jusqu'au 5^{ème} anniversaire de l'enfant lorsque ce dernier est handicapé.

Le bénéfice des garanties de prévoyance est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, qu'elle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. France Télévisions maintient sa contribution dans les mêmes proportions que pour les salariés en activité, et ce pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

8.3- Sort des réserves

France Télévisions s'engage, en cas de résiliation des contrats d'assurance, à négocier le transfert des réserves qui seraient constituées au sein des régimes de prévoyance et de frais de santé avec les assureurs.


Concernant les contrats de prévoyance et frais de santé mis en place au 1^{er} janvier 2022 pour une durée maximum de 5 ans, l'insertion d'une clause consacrant l'organisation du transfert des réserves en cas de résiliation a été demandée aux candidats dans le cadre de l'appel d'offres et cette clause a été acceptée par les assureurs retenus. »

Article 8 – Dispositions diverses

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Les dispositions du présent accord se substituent de plein droit aux dispositions correspondantes de l'accord de révision relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du groupe France Télévisions du 10 novembre 2016 et de ses avenants. Les autres dispositions de cet accord demeurent inchangées.

Le présent accord est conclu avec les organisations syndicales représentatives dans les conditions de majorité prévues à l'article L. 2232-12 du Code du travail.







RA 5 BC
LS CF

Il sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'ensemble des entreprises concernées et déposé auprès de la DREETS et du Conseil de Prud'hommes du siège de l'entreprise.

De même, il sera versé dans la base de données nationales, conformément à l'article L. 2231-5-1 du Code du travail, dans une version anonymisée.

A Paris, le 20 décembre 2021

En 10 exemplaires originaux, dont un pour chaque partie

Pour France Télévisions, représentée par Madame Delphine ERNOTTE CUNCI	
Pour la CFDT représentée par Laurence SARRASIN - Coordonnateur	
Pour la CGT représentée par Chantal FREMY - Coordinatrice groupe	
Pour FO représentée par Bertrand Chapeau, coordonnateur	
Pour le SNJ représenté par Raoul Advocat, Coordonnateur groupe	

Annexe
Tableaux des garanties applicables au 1^{er} janvier 2022
Frais de santé et Prévoyance

Garanties Santé – Métropole & DROM



Soins courants

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Actes Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Soins courants	
Honoraires médicaux pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultation et visite généraliste (hors hospitalisation)	220% BR
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	350% BR
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	370% BR
Actes d'imagerie médicale	350% BR
Honoraires médicaux pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultation et visite généraliste, sage-femme (hors hospitalisation)	200% BR
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	200% BR
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	200 % BR
Actes d'imagerie médicale	200 % BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiatres-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	250% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	190 % BR
Matériel médical	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations n (hors aides auditives, prothèses dentaires et fauteuil roulant)	200% BR
Fauteuil roulant	200% BR auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 57,68% du PMSS
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins)	100 % BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	100 % BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Osteopathes, Chiropracteurs, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, inscrits aux répertoires ADEL ou RPPS, Acupuncteurs, Elopistes	40 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble de ces actes
Psychologues, Psychothérapeutes, inscrits aux répertoires ADEL ou RPPS	jusqu'en 2023 : 50 € par séance prescrite dans la limite de 4 par année civile et par bénéficiaire à partir de 2024 : 25 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie	1,65% PMSS par année civile et par bénéficiaire

En bleu : dispositions applicables à compter du 01/01/2022

(1) inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale

RA 7 BC
LS CF

Surcomplémentaires soins courants

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Soins courants	
Honoraires médicaux pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CD)	
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	+150% BR
Matériel médical	
Semelles orthopédiques	+100% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Analyses et examens de laboratoire	50 € maximum par acte dans la limite de 2 par année civile
Ostéopathes, Chiropracteurs, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeute, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS, Acupuncteurs, Etiopathes	40 € par séance dans la limite de 3 par année civile
Psychologues, Psychothérapeutes, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS	25 € par séance dans la limite de 3 par année civile



Dentaire

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)	100 % BR
Inlays-onlays	250% BR
Actes techniques	200% BR
Prothèses 100 % santé⁽²⁾	
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % HLF
Prothèses hors 100 % santé⁽²⁾	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	500 % BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs libres	500 % BR
Orthodontie	
Orthodontie	370 % BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Prothèses dentaires	600 € par prothèse
Implantologie dentaire (chirurgie et connectique implantaire)	600 € par implant avec un maximum de 2000€ par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie adulte / enfant	
Traitement actif	715,95 € par semestre de traitement, limité à 6 semestres par bénéficiaire
Séance de surveillance	39,78 € par séance, limité à 2 séances par semestre de traitement
Contention	596,63 € pour la 1ère année de contention 307,75 € pour la 2ème année de contention
Parodontologie	200 € par année civile et par bénéficiaire

(2) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2, 5° du code de la Sécurité sociale

Surcomplémentaires dentaire

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Dentaire	
Soins	
Inlays-onlays	+50% BR
Orthodontie	
Orthodontie	+30% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Prothèses dentaires	300 € par prothèse

Optique ⁽¹⁾	
Équipement	
Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), Audiens Santé Prévoyance rembourse à hauteur de la garantie prévue pour chacune des composantes.	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, Audiens Santé Prévoyance rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les : - 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ; - 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ; - 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement : - par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ; - par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante. Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Équipements 100 % santé⁽²⁾	
Classe A : équipement, prestations d'appariage et suppléments fibre	100 % PLV
Équipements hors 100 % santé⁽²⁾	
Classe B : monture	100 €
Classe B : verre simple	160 €
Classe B : verre complexe	300 €
Classe B : verre très complexe	320 €
Suppléments	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale	100 % BR
Autres suppléments	100 % BR
Lentilles correctrices	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	100 % BR auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 12% PMSS par année civile et par bénéficiaire

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale
 (2) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2,3° du code de la Sécurité sociale

Surcomplémentaires optique

Optique ⁽¹⁾	
Équipement	
Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte :	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, Audiens Santé Prévoyance rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les : - 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ; - 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ; - 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement : - par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ; - par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante. Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Équipements hors 100 % santé⁽²⁾	
Classe B : monture	50 €
Classe B : verre simple	30 €
Classe B : verre complexe	100 €
Classe B : verre très complexe	30 €
Chirurgie réfractive	
Forfait par œil	400 €

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale
 (2) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2,3° du code de la Sécurité sociale



Hospitalisation

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)	
Honoraires pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultations	600 % BR
Actes techniques	600 % BR
Honoraires pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultations	200 % BR
Actes techniques	200 % BR
Frais de séjour	
Frais de séjour en secteur conventionné	600 % BR
Frais de séjour en secteur non conventionné	80% des frais réels dans la limite de 600% BR avec un minimum de 100% BR
Frais de séjour d'un enfant handicapé en IMP/DME - Centres de vacances (temporaire ou permanent)	100% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (à l'exclusion des établissements médico-sociaux)	100 % des frais réels
Transport	
Transport	100 % BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans nuitée	3% PMSS par journée d'hospitalisation
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou du participant	2% PMSS par journée d'hospitalisation

Surcomplémentaires hospitalisation

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)	
Honoraires pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultations	+150% BR
Actes techniques	+150% BR



Aides auditives

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Aides auditives⁽⁵⁾	
Délais de renouvellement de l'équipement	
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, Audiens Santé Prévoyance rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.	
Equipements 100 % santé (à compter du 1^{er} janvier 2021)⁽⁶⁾	
Aide auditive classe I	100 % PLV
Equipements hors 100 % santé (à compter du 1^{er} janvier 2021)⁽⁶⁾	
Aide auditive classe II	1 000 € par aide auditive
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	100 % BR

(5) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

(6) tels que définis réglementairement notamment à l'article R.871-2, 4° du code de la Sécurité sociale.

RA

10 BC
LS CF



Cure médicale

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audienx Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Cure médicale	
Cure thermale (Actes non remboursés par la Sécurité Sociale)	
Cure thermale (traitement thermal, hébergement et transport)	13,73% PMSS par cure
Forfait actes lourds	
Forfait actes lourds non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	100 % des frais réels

(5) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

(6) tels que définis réglementairement notamment à l'article R.871-2, 4° du code de la Sécurité sociale.

Handwritten mark

RA

11 BC
LS CF

Garanties Santé – Saint-Pierre-et-Miquelon



Soins courants

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audience Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Soins courants	
Honoraires médicaux pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultation et visite généraliste (hors hospitalisation)	220% BR
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	350% BR
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	370% BR
Actes d'imagerie médicale	350% BR
Honoraires médicaux pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultation et visite généraliste, sepe-femme (hors hospitalisation)	200% BR
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	200% BR
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	200 % BR
Actes d'imagerie médicale	200 % BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiçures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	260% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	190 % BR
Matériel médical	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations (hors aides auditives, prothèses dentaires et fauteuil roulant)	200% BR
Fauteuil roulant	200% BR auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 57,68% du PM55
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins)	100 % BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et cure thermique)	100 % BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Ostéopathes, Chiropracteurs, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeute, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS, Acupuncteurs, Étiopathes	40 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble de ces actes
Psychologues, Psychothérapeutes, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS	jusqu'en 2023 : 60 € par séance prescrite dans la limite de 4 par année civile et par bénéficiaire à partir de 2024 : 25 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie	1,65% PM55 par année civile et par bénéficiaire

En lieu / dispositions applicables à compter du 01/01/2022

(1) inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale

Surcomplémentaires soins courants

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audience Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Soins courants	
Honoraires médicaux pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultation et visite spécialiste (hors hospitalisation)	+150% BR
Matériel médical	
Semelles orthopédiques	+100% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Analyses et examens de laboratoire	50 € maximum par acte dans la limite de 2 par année civile
Ostéopathes, Chiropracteurs, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeute, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS, Acupuncteurs, Etiopathes	40 € par séance dans la limite de 3 par année civile
Psychologues, Psychothérapeutes, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS	25 € par séance dans la limite de 3 par année civile

W

RA

12

BC

LS

CF

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)	100 % BR
Inlays-onlays	250% BR
Actes techniques	200% BR
Prothèses 100 % santé⁽²⁾	
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % H.F.
Prothèses hors 100 % santé⁽²⁾	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	500 % BR dans la limite des H.F.
Prothèses dentaires à tarifs libres	500 % BR
Orthodontie	
Orthodontie	370 % BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Prothèses dentaires	600 € par prothèse
Implantologie dentaire (chirurgie et connectique implantaire)	600 € par implant avec un maximum de 2000€ par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie adulte / enfant	
Traitement actif	715,95 € par semestre de traitement, limité à 6 semestres par bénéficiaire
Séance de surveillance	39,78 € par séance, limité à 2 séances par semestre de traitement
Contention	595,63 € pour la 1ère année de contention 307,75 € pour la 2ème année de contention
Parodontologie	200 € par année civile et par bénéficiaire

(2) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2, 5° du code de la Sécurité sociale

Surcomplémentaires dentaire

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Dentaire	
Soins	
Inlays-onlays	+50% BR
Orthodontie	
Orthodontie	+30% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Prothèses dentaires	300 € par prothèse

Optique ⁽³⁾	
Équipement	
Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), Audiens Santé Prévoyance rembourse à hauteur de la garantie prévue pour chacune des composantes.	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, Audiens Santé Prévoyance rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :	
- 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;	
- 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;	
- 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.	
Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :	
- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ;	
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.	
Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Équipements 100 % santé⁽⁴⁾	
Classe A : équipement, prestations d'appairage et suppléments filtre	100 % PLV
Équipements hors 100 % santé⁽⁴⁾	
Classe B : monture	100 €
Classe B : verre simple	160 €
Classe B : verre complexe	300 €
Classe B : verre très complexe	320 €
Suppléments	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale	100 % BR
Autres suppléments	100 % BR
Lentilles correctrices	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	100 % BR auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 12% PMSS par année civile et par bénéficiaire

(3) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale

(4) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2,3° du code de la Sécurité sociale

Surcomplémentaires optique

Optique ⁽¹⁾	
Équipement	
Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.	
Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, Audiens Santé Prévoyance rembourse un équipement	
- 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;	
- 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;	
- 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une	
Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.	
En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement :	
- par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ;	
- par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante.	
Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Équipements hors 100 % santé⁽²⁾	
Classe B : monture	50 €
Classe B : verre simple	30 €
Classe B : verre complexe	100 €
Classe B : verre très complexe	30 €
Chirurgie réfractive	
Forfait par œil	400 €

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale

(2) tels que définis réglementairement à l'article R.871-2,3° du code de la Sécurité sociale






Hospitalisation

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)	
Honoraires pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultations	600 % BR
Actes techniques	600 % BR
Honoraires pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultations	200 % BR
Actes techniques	200 % BR
Frais de séjour	
Frais de séjour en secteur conventionné	600 % BR
Frais de séjour en secteur non conventionné	80% des frais réels dans la limite de 600% BR avec un minimum de 100% BR
Frais de séjour d'un enfant handicapé en IMP/IME - Centres de vacances (temporaire ou permanent)	100% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (à l'exclusion des établissements médico-sociaux)	100 % des frais réels
Transport	
Transport	100 % BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans suite	3% PMSS par journée d'hospitalisation
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou du participant	2% PMSS par journée d'hospitalisation

Surcomplémentaires hospitalisation

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)	
Honoraires pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)	
Consultations	+150% BR
Actes techniques	+150% BR



Aides auditives

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Cure médicale	
Cure thermale (Actes non remboursés par la Sécurité Sociale)	13,73% PMSS par cure
Forfait actes lourds	
Forfait actes lourds non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	100 % des frais réels

(5) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

(6) tels que définis réglementairement notamment à l'article R.871-2, 4° du code de la Sécurité sociale.



Cure médicale

GARANTIES (secteur conventionné ou non)	Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge
Cure médicale	
Cure thermale (Actes non remboursés par la Sécurité Sociale)	13,73% PMSS par cure
Forfait actes lourds	
Forfait actes lourds non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	100 % des frais réels

(5) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

(6) tels que définis réglementairement notamment à l'article R.871-2, 4° du code de la Sécurité sociale.

RA

15

BC

LS CF

Garanties Santé – Polynésie Française - Nouvelle Calédonie



Soins courants

Frais médicaux courants	
Consultations généralistes	220% BR *
Consultations spécialistes	350% BR
Actes techniques et petite chirurgie	370% BR
Analyses & actes de laboratoire remb. par le régime de base	190% BR
Actes d'imagerie et d'échographie	350% BR
Pharmacie	100% BR
Auxiliaires médicaux	260% BR
Petit appareillage/prothèse médicale	200% BR
Prothèse auditive remboursée par le régime de base	forfait de 1000€ par prothèse, limitée à 2 par année civile et par bénéficiaire **
Fauteuil roulant remboursé par le régime de base	200% BR + 57,68% PMSS

Surcomplémentaires soins courants

Frais médicaux courants	
Analyses & actes de laboratoire non remb. par le régime de base	50 € maximum par acte dans la limite de 2 par année civile
Semelles orthopédiques	+100% BR

RA

16

BC

RA

LS CF



Dentaire

Dentaire	
Soins dentaires	100% BR
Inlays/onlays remboursés par le régime de base	250% BR
Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base ou non)	500% BR, calculé sur la base d'un HBLD038 ⁽²⁾ (107,50€)
Parodontologie non remboursée par le régime de base	forfait de 200€ par année civile et par bénéficiaire
Implants	500% BR, calculé sur la base d'un HBLD038 ⁽²⁾ (107,50€), limité à 2000€ par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie (acceptée ou non)	370% BR, calculé sur la base d'un TO90 ou TO75

(1) pour les actes et dans les conditions définis à l'article R160-16 du code de la Sécurité sociale

(2) Codification nomenclature dentaire métropolitaine

Surcomplémentaires dentaire

Dentaire	
Soins dentaires	+100% BR
Inlays/onlays remboursés par le régime de base	+50% BR
Prothèses dentaires (remboursées par le régime de base ou non)	300 € par prothèse
Orthodontie (acceptée ou non)	+30% BR, calculé sur la base d'un TO90 ou TO75



Optique

Optique	
Verres ⁽³⁾	Cf. Grille optique
Monture ⁽⁴⁾	100% RSS + 150€
Lentilles (remboursées ou non)	100% RSS + 12% PMSS par année civile et par bénéficiaire

(3) Garantie limitée à 1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans.

(4) Dans la limite des frais engagés

Limitation réduite à 1 an pour les mineurs ainsi que pour les majeurs dont l'acuité visuelle évolue.

RA

17

BC

LS CF

Grille Optique	
En complément de la SS dans la limite des plafonds autorisés ⁽⁵⁾	Remboursement / Verre
simple foyer -6,00 +6,00	4,5% PMSS
simple foyer <=4 et -6,00 + 6,00	4,5% PMSS
simple foyer -6,25 à 10 et +6,25 à + 10	6% PMSS
simple foyer < à + 4 et sphère -6,00 +6,00	6% PMSS
simple foyer -10 à + 10	6% PMSS
simple foyer > à + 4 et sphère -6,00 +6,00	7,5% PMSS
simple foyer > à + 4 et sphère en dehors de la zone -6,00 +6,00	7,5% PMSS
verres multifocaux	9% PMSS

(5) Dans la limite des plafonds prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles.

Surcomplémentaires optique

Optique	
Chirurgie réfractive	400 € par œil

RA 18 BC
LS CF



Hospitalisation

Hospitalisation		
Frais de séjour	Secteur conventionné	600% BR
	Secteur non conventionné	80% FR max 600% BR (min. 100% BR)
Honoraires		600% BR
Chambre particulière		3% PMSS
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou du participant		2% PMSS
Forfait hospitalier		100% FR
Participation forfaitaire actes > 120€ ⁽²¹⁾		100% FR
Transport		100% BR
Séjour enfant handicapé		100% BR + 100% FJ



Divers

Divers	
Cures thermales acceptées par le régime de base (actes non remboursés par le régime de base)	13,73% PMSS
Ostéopathie/acupuncture/chiropraxie/étiopathie/psychomotricité/diététique/pédicurie-podologie/ergothérapie	40€ par séance, limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
Psychologie/Psychothérapie (AFTCC)	60 € par séance prescrite dans la limite de 4 par année civile et par bénéficiaire jusqu'en 2023, à partir de 2024 : 25 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie	1,65% PMSS par année civile et par bénéficiaire

En bleu : dispositions applicables à compter du 01/01/2022

Surcomplémentaires divers

Divers	
Ostéopathie/acupuncture/chiropraxie/étiopathie/psychomotricité/diététique/pédicurie-podologie/ergothérapie	40 € par séance dans la limite de 3 par année civile
Psychologie/Psychothérapie (AFTCC)	25 € par séance dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire

RA

19 BC
LS CF

Garanties Prévoyance – Métropole & DROM

Traitement des bases des prestations : T1/T2

CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	200%
Participant marié, pacsé ou en concubinage sans enfant à charge	250%
Participant avec enfant(s) à charge	250%
Majoration du capital par enfant à charge (dès le 1er enfant)	50%
RENTE EDUCATION	
Enfant de moins de 8 ans	13%
Enfant de 8 à 13 ans	15%
Enfants de 14 à 17 ans révolus ou jusqu'à 27 ans révolus au plus tard si considéré comme enfant bénéficiaire	18%
Pour les orphelins de père et de mère	25%
CAPITAL DECES ACCIDENTEL	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
DOUBLE EFFET	
En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant avec enfant(s) à charge	100% du capital décès toutes causes
FRAIS D'OBSÈQUES	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% PMSS
INCAPACITE TEMPORAIRE	
indemnités journalières en % du traitement de base brut	90%
Franchise	135 jours
INVALIDITE PERMANENTE	
1ère catégorie	55%
2ème et 3ème catégorie	90%
INCAPACITE PERMANENTE	
Taux IPP entre 33% et 65%	55%
Taux égal ou supérieur à 66%	90%

Aucune rente n'est versée pour un taux inférieur à 33%

RA
20
BC
LS CF

Garanties Prévoyance – Saint-Pierre-et-Miquelon

Traitement des bases des prestations : T1/T2

CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	200%
Participant marié, pacsé ou en concubinage sans enfant à charge	250%
Participant avec enfant(s) à charge	250%
Majoration du capital par enfant à charge (dès le 1er enfant)	50%
RENTE EDUCATION	
Enfant de moins de 8 ans	13%
Enfant de 8 à 13 ans	15%
Enfants de 14 à 17 ans révolus ou jusqu'à 27 ans révolus au plus tard si considéré comme enfant bénéficiaire	18%
Pour les orphelins de père et de mère	25%
CAPITAL DECES ACCIDENTEL	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
DOUBLE EFFET	
En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant avec enfant(s) à charge	100% du capital décès toutes causes
FRAIS D'OBSQUES	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% PMSS
INCAPACITE TEMPORAIRE	
Indemnités journalières en % du traitement de base brut	90%
Franchise	135 jours
INVALIDITE PERMANENTE	
1ère catégorie	55%
2ème et 3ème catégorie	90%
INCAPACITE PERMANENTE	
Taux IPP entre 33% et 65%	55%
Taux égal ou supérieur à 66%	90%

Aucune rente n'est versée pour un taux inférieur à 33%

RA

21

BC

LS CF

Garanties Prévoyance – Polynésie Française - Nouvelle Calédonie
- Wallis-et-Futuna

Traitement des bases des prestations : T1/T2

CAPITAL DECES TOUTES CAUSES	
Participant célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	200%
Participant marié, pacsé ou en concubinage sans enfant à charge	250%
Participant avec enfant(s) à charge	250%
Majoration du capital par enfant à charge (dès le 1er enfant)	50%
RENTE EDUCATION	
Enfant de moins de 8 ans	13%
Enfant de 8 à 13 ans	15%
Enfants de 14 à 17 ans révolus ou jusqu'à 27 ans révolus au plus tard si considéré comme enfant bénéficiaire	18%
Pour les orphelins de père et de mère	25%
CAPITAL DECES ACCIDENTEL	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
DOUBLE EFFET	
En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint ou du pacsé du participant avec enfant(s) à charge	100% du capital décès toutes causes
FRAIS D'OBSÈQUES	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% PMSS

RA

RA

22 BC

LS CF