

## Relevé de conclusions portant sur les régimes de prévoyance et de frais de santé du Groupe France Télévisions

L'accord de révision de l'accord relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du Groupe France Télévisions actuellement en vigueur, a été conclu le 10 novembre 2016 pour une durée indéterminée.

Un appel d'offres européen avait abouti à l'attribution du marché à Audiens. Ce marché arrive à échéance le 31 décembre 2021 et un nouvel appel d'offres européen doit être réalisé d'ici là.

Depuis la mise en œuvre du régime le 1<sup>er</sup> janvier 2017, des modifications sont intervenues, tant au sein du Groupe que sur un plan réglementaire.

Ainsi, la création de la filiale France Télévisions SVOD en date du 2 juin 2017 a conduit à faire bénéficier les salariés de cette nouvelle filiale du dispositif de prévoyance prévue à l'accord Groupe du 10 novembre 2016 susvisé. L'entrée de la filiale FTV SVOD dans le champ d'application des régimes de prévoyance a été actée par avenant conclu le 13 octobre 2017 à effet de la date de création de ladite filiale.

Par ailleurs, un important déséquilibre des régimes de prévoyance a été constaté depuis le début du marché. En outre, la prévoyance complémentaire a également connu de nouvelles évolutions réglementaires. Des avenants à l'accord prévoyance ont été conclus en conséquence de ces évolutions.

L'appel d'offres est l'opportunité de conforter le régime de prévoyance complémentaire du Groupe, dans un contexte de nécessaire maîtrise budgétaire. Par ailleurs, et compte tenu du déséquilibre budgétaire des régimes de prévoyance et des évolutions réglementaires évoquées plus haut, les prestations prévues aux contrats de prévoyance et de santé et les taux de cotisations en vigueur pourraient être amenés à évoluer.

Pour le régime de frais de santé, un dispositif de couverture sur complémentaire facultatif et à la charge exclusive des salariés sera également chiffré en option du dispositif obligatoire, permettant de compléter les garanties existantes, éventuellement au-delà des limites du cahier des charges des contrats responsables.

Au terme des échanges qui ont eu lieu avec les coordonnateurs syndicaux depuis le 16 mars 2021, le présent relevé de conclusions a été établi afin d'arrêter les éléments essentiels du cahier des charges de l'appel d'offres qui sera lancé. A l'issue de la procédure d'appel d'offres, un avenant de révision à l'accord groupe de 2016 interviendra, avant la fin de l'année 2021. Il prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## 1. Les principes de l'accord

L'accord de prévoyance groupe de 2016 propose des régimes collectifs frais de santé et prévoyance.

Le dispositif demeure applicable au sein du groupe tel que défini ci-après : France Télévisions, France Télévisions Distribution, France Télévisions Studio, France 2 et France 3 Cinéma et SVOD.

Au sein de l'entreprise France Télévisions, sont couverts par les régimes obligatoires les salariés des établissements de la Métropole, des Départements ou régions d'outre-mer et de Saint-Pierre et Miquelon.

Les établissements des collectivités ultramarines de Wallis et Futuna, de Polynésie Française et de Nouvelle-Calédonie bénéficient d'un régime de prévoyance décès obligatoire.

Les établissements des collectivités ultramarines de Polynésie Française et de Nouvelle-Calédonie bénéficiant d'un régime frais de santé facultatif avec participation patronale, il a été convenu que ces établissements intégreront le régime frais de santé obligatoire du Groupe dans les conditions qui seront déterminées localement et conformément à la législation qui leur est propre.

### 1.1. Le volet juridique

Conformément à l'article R.2312-22 du Code du travail, le projet d'avenant à l'accord de révision de l'accord relatif à la prévoyance complémentaire du Groupe du 10 novembre 2016 sera soumis pour avis aux instances représentatives du personnel des différentes sociétés entrant dans son champ d'application puis mis à la signature des coordonnateurs syndicaux, à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

### 1.2. Le calendrier prévisionnel

Le choix d'un ou plusieurs organismes assureurs sera opéré dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres européen. Le cahier des charges sera élaboré sur la base des éléments discutés avec les partenaires sociaux tels que figurant dans le présent document.

Le calendrier indicatif prévisionnel de la procédure d'appel d'offres débutera début mai 2021 pour s'achever au plus tard à la mi-octobre 2021 avec le choix du ou des prestataires.

## 2. Le contenu de l'accord

### 2.1. La santé

#### 2.1.1. Les prestations

Les salariés du groupe bénéficient de prestations identiques quel que soit leur lieu d'affectation.

Le régime s'inscrit dans le cadre de la définition du contrat responsable prévue par le Code de la Sécurité Sociale. Il privilégie à ce titre une politique de santé responsable en vue d'assurer à la fois une couverture santé de qualité et de limiter les risques de dérive du régime.

Par dérogation, les prestations destinées aux salariés de Saint-Pierre et Miquelon, de Polynésie Française et de Nouvelle Calédonie seront adaptées afin de tenir compte des spécificités du régime de sécurité sociale locale.

Les garanties proposées sont présentées en annexe 1. Certaines d'entre elles sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, ce qui assurera aux salariés une revalorisation annuelle des garanties.

#### 2.1.2. Les cotisations

Le régime sera basé sur deux cotisations : une cotisation « isolé » et une cotisation « famille », le salarié ayant le choix d'adhérer à l'une ou l'autre, indépendamment de sa situation familiale réelle.

#### 2.1.3. Le financement

Le taux de la participation patronale, identique pour tous les salariés, est actuellement fixé à 71,55% le montant de la cotisation « isolé », sous réserve des particularités du régime local des départements du Haut et Bas-Rhin et de la Moselle.

Les parties conviennent que le niveau définitif de la participation patronale ne pourra être inférieur à ce taux. Il sera définitivement fixé par avenant à l'accord de révision du 10 novembre 2016 qui interviendra à l'issue des résultats de l'appel d'offres pour tenir compte, le cas échéant, des propositions tarifaires du ou des candidats retenus, dans le cadre d'une recherche d'optimisation des régimes.

### 2.2. Prévoyance

Le régime mis en place couvre les risques décès, incapacité et invalidité.

### 2.2.1. Les bénéficiaires du régime

Le régime de prévoyance s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés permanents et des CDD de droit commun selon les périmètres définis ci-dessous :

Pour le risque décès seront couverts par le régime obligatoire les salariés des établissements de la Métropole, des DROM (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), et des COM (Saint-Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna) et des filiales.

Pour le risque incapacité et invalidité de travail, seront couverts par le régime obligatoire les salariés des établissements de la Métropole, des DROM (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion), de Saint-Pierre et Miquelon et des filiales, les autres COM relevant des dispositions spécifiques prévues par les accords d'adaptation à l'accord d'entreprise du 28 mai 2013.






### 2.2.2. Les prestations

Les garanties proposées sont présentées en annexe 2.

### 2.3. Dispositions conventionnelles spécifiques

Les salariés intermittents du spectacle et les journalistes professionnels rémunérés à la pige relèvent chacun d'un régime conventionnel spécifique, prenant en compte les particularités de leurs activités et de leurs conditions d'emploi respectives.

Fait à Paris, le 25 juin 2021

Pour France Télévisions, représentée par Madame Delphine ERNOTTE CUNCI, la Présidente	
Pour la CFDT représentée par : <b>Laurence SARRASIN</b>	
Pour la CGT représentée par : <b>Rabéa CHAKIR-TREBOSC</b>	
Pour FO représentée par : Bertrand Chapeau, Coordonnateur groupe	
Pour le SNJ représenté par : <b>Raoul Advocat</b>	

## Garanties frais de santé

## Grille des garanties Santé

france.tv

Métropole &amp; D.R.O.M. - au 1er janvier 2022

Plafonnements réglementaires et légaux

Les montants des remboursements sont exprimés y compris les prestations de la Sécurité sociale, sauf pour les lentilles correctrices.

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
<b>Soins courants</b>	
<b>Honoraires médicaux pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maitrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	
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
<b>Honoraires médicaux pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maitrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	
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
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédiatres-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	260% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de laboratoire	190 % BR
<b>Matériel médical</b>	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations <sup>(1)</sup> (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

<b>Médicaments</b>	
Médicaments (y compris vaccins)	100 % BR
<b>Transport</b>	
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	100 % BR
<b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale</b> <i>(sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</i>	
Ostéopathes, Chiropracteurs, <b>psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeute</b> , immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS, Acupuncteurs, Etiopathes	40 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble de ces actes
<b>Psychologues, Psychothérapeutes, immatriculés aux répertoires ADELI ou RPPS</b>	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
<b>Ostéodensitométrie</b>	1,65% PMSS par année civile et par bénéficiaire

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

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
<b>Dentaire</b>	
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (hors inlays-onlays)	100 % BR
Inlays-onlays	250% BR
Actes techniques	200% BR
<b>Prothèses 100 % santé <sup>(2)</sup></b>	
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % HLF
<b>Prothèses hors 100 % santé <sup>(2)</sup></b>	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	500 % BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs libres	500 % BR
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie	370 % BR
<b>Frais non remboursés par la Sécurité sociale</b> (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
	397,75 € pour la 2ème année de contention

<b>Parodontologie</b>	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

<b>GARANTIES (secteur conventionné ou non)</b>	<b>Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge</b>
--	---

### Optique <sup>(3)</sup>

#### 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 remboursera 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 <sup>(4)</sup>

<b>Classe A : équipement, prestations d'appairage et suppléments filtre</b>	100 % PLV
<b>Équipements hors 100 % santé <sup>(4)</sup></b>	
<b>Classe B : monture</b>	100 €
<b>Classe B : verre simple</b>	160 €
<b>Classe B : verre complexe</b>	300 €
<b>Classe B : verre très complexe</b>	320 €

#### Suppléments

<b>Prestation d'adaptation de la prescription médicale</b>	100 % BR
<b>Autres suppléments</b>	100 % BR
<b>Lentilles correctrices</b>	
<b>Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale</b>	100 % BR auquel s'ajoute le cas échéant un supplément de 12% PMSS par année civile et par bénéficiaire



<b>Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)</b>	
<b>Honoraires pour les médecins adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maitrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	
Consultations	600 % BR
Actes techniques	600 % BR
<b>Honoraires pour les médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maitrisées (OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	
Consultations	200 % BR
Actes techniques	200 % BR
<b>Frais de séjour</b>	
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
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (à l'exclusion des établissements <del>medico-</del> <del>sociaux</del> )	100 % des frais réels
<b>Transport</b>	
Transport	100 % BR
<b>Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</b>	
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

(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

<b>GARANTIES (secteur conventionné ou non)</b>	<b>Remboursement maximum d'Audiens Santé Prévoyance, y compris les prestations de la Sécurité sociale dans la limite des frais restant à charge</b>
<b>Aides auditives <sup>(5)</sup></b>	
<b>Délais de renouvellement de l'équipement</b>	
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, Audiens Santé Prévoyance rembourse <b>une aide auditive</b> par oreille <b>tous les 48 mois</b> 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.	
<b>Equipements 100 % santé (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021) <sup>(6)</sup></b>	
Aide auditive classe I	100 % PLV
<b>Equipements hors 100 % santé (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021) <sup>(6)</sup></b>	
Aide auditive classe II	1 000 € par aide auditive
<b>Consommables, piles et accessoires</b>	

Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	100 % BR
Cure médicale	
Cure thermale ( <b>Actes non remboursés par la Sécurité Sociale et en sus de ceux-ci</b> )	
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.

- **BR** (Base de remboursement de la Sécurité sociale): tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement ;
- **HLF** (Honoraires limites de facturation)
- **PLV** (Prix limite de vente)
- **FR** (Frais réels)
- **TM** (Ticket modérateur) : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale.
- **OPTAM-CO** (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens)
- **PMSS** (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)



# Résumé des garanties Santé

# france.tv

Nouvelle Calédonie, Polynésie Française - **au 1er janvier 2022**

Les garanties sont exprimées **y compris remboursements du régime de base.**

Les abréviations  
sont les suivantes

BR : Base de Remboursement du régime de base  
 RSS : remboursement du régime de base  
 TM : Ticket Modérateur  
 FR : Frais réels  
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (Métropole)

Hospitalisation	
Frais de séjour	Secteur conventionné Secteur non conventionné
	600% BR 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€ <sup>(1)</sup>	100% FR
Transport	100% BR
Séjour enfant handicapé	100% BR + 100% FJ
Frais médicaux courants	
Consultations généralistes	220% BR
Consultations spécialistes	350% BR
Actes techniques et petite chirurgie	370% BR
Analyses & actes de laboratoire <del>remb.</del> 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
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 <sup>(2)</sup> (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 <sup>(2)</sup> (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

document non contractuel

RA
   
 LS

Divers	
Cures thermales : actes non remboursés par CPS/CAFAT et en sus de ceux-ci	13,73% PMSS
Ostéopathes, Chiropracteurs, psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeute, Acupuncteurs, Etiopathes	40€ par séance, limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
Psychologues, Psychothérapeutes, (AFTCC)	<b>60 € par séance prescrite dans la limite de 4 par année civile et par bénéficiaire jusqu'en 2023,</b> à partir de 2024 : 25 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire 5
Ostéodensitométrie	1,65% PMSS par année civile et par bénéficiaire
Optique	
Verres <sup>(3)</sup>	Cf. Grille optique
Monture <sup>(4)</sup>	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.

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

(4) Dans la limite des frais engagés

Grille Optique	
En complément de la SS dans la limite des plafonds autorisés <sup>(5)</sup>	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.



# Résumé des garanties Santé

france.tv

Saint-Pierre et Miquelon - au 1er janvier 2022

Les garanties sont exprimées **y compris remboursements de la CPS.**

Les abréviations sont les suivantes

BR : Base de Remboursement de la CPS  
 RSS : remboursement de la CPS  
 TM : Ticket Modérateur  
 FR : Frais réels  
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (Métropole)

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€ <sup>(1)</sup>		100% FR
Transport		100% BR
Séjour enfant handicapé		100% BR + 100% FJ
Frais médicaux courants		
Consultations généralistes		220% BR
Consultations spécialistes		350% BR
Actes techniques et petite chirurgie		370% BR
Analyses & actes de laboratoire remboursés par la CPS		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 la CPS		forfait de 1000€ par prothèse, limitée à 2 par année civile et par bénéficiaire
Fauteuil roulant remboursé par la CPS		200% BR + 57,68% PMSS
Dentaire		
Soins dentaires		100% BR
inlays/onlays remboursés par la CPS		250% BR
Prothèses dentaires (remboursées par la CPS ou non)		500% BR, calculé sur la base d'un HBLD038 <sup>(2)</sup> (107,50€)
Parodontologie non remboursée par CPS		forfait de 200€ par année civile et par bénéficiaire
Implants		500% BR, calculé sur la base d'un HBLD038 <sup>(2)</sup> (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 T075

(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

document non contractuel

BC RA RCT LS

## Garanties supplémentaires spécifiques

En application des dispositions du décret n°91-306 du 25 mars 1991, remboursement du ticket modérateur des dépenses de soins et de transport engagées à l'extérieur de la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon, après entente préalable, et versement d'indemnités journalières forfaitaires de résidence à l'extérieur dans les conditions suivantes :

Malade non hospitalisé sans accompagnateur	11 €
Malade non hospitalisé avec accompagnateur	11 €
Accompagnateur d'un malade non hospitalisé	11 €
Accompagnateur d'un malade hospitalisé	11 €
Enfant âgé de 2 à 12 ans non hospitalisé	5,50 €
Accompagnateur enfant âgé de 2 à 12 ans non hospitalisé	11 €
Accompagnateur enfant âgé de 2 à 12 ans hospitalisé	11 €
Accompagnateur enfant âgé de moins de 2 à 12 ans	11 €
Indemnités accompagnateur (post mortem)	11 €

## Divers

Cures thermales : <b>actes non remboursés par CPS et en sus de ceux-ci</b>	13,73% PMSS
Ostéopathes, Chiropracteurs, <b>psychomotriciens, diététiciens, pédicures-podologues, ergothérapeute</b> , Acupuncteurs, Etiopathes	40€ par séance, limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
<b>Psychologie/Psychothérapie (AFTCC)</b>	<b>60 € par séance prescrite dans la limite de 4 par année civile et par bénéficiaire jusqu'en 2023,</b> à partir de 2024 : 25 € par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire 5
Ostéodensitométrie	1,65% PMSS par année civile et par bénéficiaire

## Optique

Verres <sup>(3)</sup>	Cf. Grille optique
Monture <sup>(4)</sup>	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.

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

(4) Dans la limite des frais engagés

## Grille Optique

En complément de la SS dans la limite des plafonds autorisés <sup>(5)</sup>	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.

Garanties prévoyance**Métropole / DROM / Saint-Pierre & Miquelon****Résumé des garanties**

Traitement des bases des prestations : T1/T2/T3

<b>CAPITAL DECES TOUTES CAUSES</b>	
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%
<b>RENTE EDUCATION</b>	
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%
<b>CAPITAL DECES ACCIDENTEL</b>	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
<b>DOUBLE EFFET</b>	
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
<b>FRAIS D'OBSEQUES</b>	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% PMSS
<b>INCAPACITE TEMPORAIRE</b>	
indemnités journalières en % du traitement de base brut	90%
Franchise	135 jours
<b>INVALIDITE PERMANENTE</b>	
1ère catégorie	55%
2ème et 3ème catégorie	90%
<b>INCAPACITE PERMANENTE</b>	
Taux IPP entre 33% et 65%	55%
Taux égal ou supérieur à 66%	90%
<i>Aucune rente n'est versée pour un taux inférieur à 33%</i>	

□

## Nouvelle Calédonie

### Résumé des garanties

Traitement des bases des prestations : T1/T2/T3

<b>CAPITAL DECES TOUTES CAUSES</b>	
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%
<b>RENTE EDUCATION</b>	
Enfant de moins de 8 ans	13%
Enfant de 8 à 13 ans	15%
Enfants de 14 à 17 ans révolus ou jusqu'à 24 ans révolus tant qu'il poursuit des études ou est à la recherche d'un premier emploi et inscrit comme demandeur d'emploi ou jusqu'à 26 ans révolus s'il poursuit des études supérieures y compris en dehors de la Nouvelle Calédonie	18%
Pour les orphelins de père et de mère	25%
<b>CAPITAL DECES ACCIDENTEL</b>	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
<b>DOUBLE EFFET</b>	
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
<b>FRAIS D'OBSEQUES</b>	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% PMSS

□



## Polynésie Française

### Résumé des garanties

Traitement des bases des prestations : T1/T2/T3

<b>CAPITAL DECES TOUTES CAUSES</b>	
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%
<b>RENTE EDUCATION</b>	
Enfant de moins de 8 ans	13%
Enfant de 8 à 13 ans	15%
Enfants de 14 à 15 ans révolus ou jusqu'à 17 ans révolus si placé sous contrat d'apprentissage ou jusqu'à 20 ans révolus au plus tard tant qu'il poursuit des études secondaires ou supérieures	18%
Pour les orphelins de père et de mère	25%
<b>CAPITAL DECES ACCIDENTEL</b>	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
<b>DOUBLE EFFET</b>	
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
<b>FRAIS D'OBSEQUES</b>	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% <del>PMSS</del>

## Wallis & Futuna

### Résumé des garanties

Traitement des bases des prestations : T1/T2/T3

<b>CAPITAL DECES TOUTES CAUSES</b>	
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%
<b>RENTE EDUCATION</b>	
Enfant de moins de 8 ans	13%
Enfant de 8 à 13 ans	15%
Enfants de 14 à 16 ans révolus ou jusqu'à 20 ans révolus au plus tard si, il poursuit des études secondaires ou supérieures, est placé sous contrat d'apprentissage ou est dans l'impossibilité permanente de poursuivre sa scolarité ou de se livrer à l'exercice d'une activité professionnelle	18%
Pour les orphelins de père et de mère	25%
<b>CAPITAL DECES ACCIDENTEL</b>	
En cas de décès imputable à un accident	50% du capital décès toutes causes
<b>DOUBLE EFFET</b>	
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
<b>FRAIS D'OBSEQUES</b>	
En cas de décès du participant, du conjoint ou pacsé ou d'un enfant à charge	65% <del>PMSS</del>

□