

AVENANT N° 4 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011 INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU GROUPE PSA

Préambule

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

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

Cet accord est entré en vigueur le 1er juillet 2012, il a fait l'objet d'un premier avenant le 19 juillet 2013 afin d'augmenter la participation de l'employeur, puis un second avenant le 10 juin 2014 pour revoir les cotisations et les prestations, suite au constat d'une dégradation du ratio sinistres sur primes au cours des 18 premiers mois de fonctionnement du dispositif. Un avenant a été signé le 24 juillet 2017 afin de se mettre en conformité avec la loi de financement de la sécurité sociale ainsi que le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et qualifier notre contrat de « responsable ».

Toutefois les dernières dispositions législatives nous contraignent à faire évoluer notre régime frais de santé pour qu'il continue de bénéficier de cette qualification et des avantages y afférents.

En effet la loi 100% Santé (article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale n°2018-1203 du 22 décembre 2018 et décret 2019-21 du 11 janvier 2019) vient redéfinir les contours imposés par le contrat « responsable » en impliquant une modification en profondeur de son cahier des charges et en médicalisant la prise en charge des régimes de base (général et local) comme des régimes complémentaires.

Ces modifications s'imposent à tous les contrats collectifs « responsables » à compter du 1^{er} janvier 2020 et nécessitent un aménagement de certains postes de garanties.

Dans le cas où ces aménagements ne seraient pas effectifs au 1^{er} janvier 2020, le contrat perdrait alors le bénéfice :

- de l'exonération sociale des cotisations employeur
- de l'exonération fiscale des cotisations salariés
- de la TSA à 13.27% au lieu de 20.27%

Le cahier des charges du contrat responsable a été modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, il est donc nécessaire d'adapter notre accord en conséquence.

Pour ce faire, une réunion de l'Observatoire de la Protection Sociale s'est déroulée le 23 avril 2019. Elle a été consacrée aux explications du nouveau dispositif et à la compréhension de ses enjeux pour les salariés et la Société.

Cette réunion a été suivie par une réunion de négociation entre les partenaires sociaux et la Direction le 23 mai 2019, au cours de laquelle les explications du nouveau dispositif et de ses enjeux ont été développés.

A cette occasion les parties ont également souligné, après la première année de mise en œuvre du contrat responsable, la très bonne situation financière de la complémentaire santé (« Vitali ») et de ce fait les impacts relativement limités de la loi 100% Santé sur les résultats techniques prévisionnels. Toutefois compte tenu de l'importance des changements qu'engendrera la loi 100% Santé, les parties ont convenu de mettre place des groupes de travail afin de déployer un plan de communication efficace auprès des salariés dès le second semestre 2019. Cette communication aura pour objectif d'expliquer aux salariés le fonctionnement du nouveau dispositif et les choix s'offrant à eux en terme de remboursement.

Au cours de cette réunion les Organisations Syndicales et la Direction ont, comme en 2017, souhaité répondre aux obligations du contrat responsable afin de continuer à bénéficier d'un régime fiscal et social favorable, et maintenir un niveau de couverture satisfaisant pour les assurés.

Les parties ont de nouveau voulu :

- Réaffirmer le caractère mutualiste et solidaire de Vitali, dispositif identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et leur établissement,
- Assurer la pérennité de Vitali, notamment en réaffirmant son caractère mutualiste et en choisissant une gestion financière responsable et prudente, à l'image des trois dernières années,

- Continuer à affirmer la responsabilité sociale de l'entreprise en choisissant de maintenir obligatoire la couverture des risques lourds « non responsables » (affections graves nécessitant des hospitalisations coûteuses) et donc en assumant la sur taxation imposée par le législateur,
- Ne pas réaliser de hausse des cotisations en 2020, pour les salariés et pour la Société, du fait de l'impact de la loi 100% santé sur l'équilibre technique prévisionnel de la couverture Vitali en 2020.

Face à ces contraintes financières et au souci de maintenir un niveau de couverture satisfaisant pour les salariés, tout en se conformant à la législation et réglementation en vigueur afférente à cette modification du cahier des charges du contrat responsable (articles L 871-1, R 871 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale), les partenaires sociaux et la Société ont négocié et pris la décision de modifier le régime frais de santé au 1^{er} janvier 2020.

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 Social et Economique Central.

Article 1 : Objet de l'avenant

Le présent avenant modifie et met à jour, à compter du 1er janvier 2020, certaines des dispositions prévues par l'accord initial du 25 novembre 2011 et ses avenants du 19 juillet 2013, du 10 juin 2014 et du 3 juillet 2017.

Le présent avenant a pour objet la mise en conformité avec la loi 100% santé d'ici le 1er janvier 2020 et les niveaux réglementaires de prise en charge.

Article 2 : Date d'effet

Le présent avenant, portant révision de l'accord collectif du 25 novembre 2011 et ses avenants relatifs aux garanties frais de santé, prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

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

Article 3 : Périmètre de l'avenant

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

Article 4 : Remplacement de l'article 5 – Bénéficiaires des garanties du contrat de l'avenant n° 2 du 10 juin 2014

Sont bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du Contrat, les bénéficiaires de l'Accord, leurs enfants et conjoint pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU-C.

Le terme « conjoint » désigne :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Le conjoint pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU-C bénéficie gratuitement du régime dès lors que le salarié cotise en « famille ». Les modalités pratiques de justification de cette situation sont décrites dans le Contrat (cf. annexe 4).

Le conjoint d'un bénéficiaire de l'Accord qui ne répond pas aux conditions de l'alinéa précédent, peut être bénéficiaire à titre facultatif des garanties du Contrat dans le cadre d'une extension de la couverture. Cette extension facultative est réalisée à l'initiative du bénéficiaire de l'Accord, moyennant une cotisation spécifique à sa charge exclusive et dont le montant est fixé par le Contrat.

A titre exceptionnel, les conjoints perdant la qualité de conjoint « à charge au sens de la Sécurité Sociale » et ne pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU-C pourront adhérer à l'extension et à l'option facultatives sous réserve de cotisations supplémentaires au 1^{er} janvier 2020 et ne se verront appliquer aucune carence sur les garanties, au titre de la continuité de couverture.

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, les ayants droit de l'assuré à charge au sens du contrat sont:

- Ses enfants qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - Etre âgés de moins de 26 ans.
 - Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - Poursuivent des études, suivent une formation en alternance ou se trouvent en contrat d'apprentissage et ne perçoivent pas des revenus supérieurs à 100 % du SMIC,
 - Etre fiscalement à sa charge, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.
- Toute autre personne (hors conjoint, concubin, partenaire pacsé) vivant avec l'assuré plus de douze mois consécutifs, à charge au sens fiscal,
- Ses enfants sans condition d'âge s'ils sont handicapés et que ce handicap justifie le droit au bénéfice de l'une des prestations prévues par les articles L541-1 et L821-1 du Code de la Sécurité sociale, ayant des ressources permanentes brutes inférieures à 100 % du SMIC. Le

handicap doit trouver son origine avant l'âge de 18 ans, ou avant 26 ans alors que l'enfant poursuivait des études ou était en contrat d'apprentissage,

- Les enfants nés viables postérieurement au décès de l'assuré et dont l'affiliation avec celui-ci est établie sont assimilés à des enfants à charge.

Peuvent également bénéficier du contrat sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire:

- Son conjoint,
- Ses enfants de moins de 26 ans non à charge au sens du contrat,
- Ses enfants de moins de 30 ans primo demandeurs d'emploi,
- Ses enfants étudiants de plus de 26 ans et de moins de 30 ans.

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

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

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

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

Article 6 : Modification de l'annexe 1 – Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2018

L'annexe 1 « Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- l'annexe 1 correspondant au contrat « socle » obligatoire responsable du présent avenant « Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1^{er} janvier 2020 »,

Article 7 : Modification de l'annexe 2 – Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1^{er} janvier 2018

L'annexe 2 « Résumé des garanties surcomplémentaires non responsables au 1^{er} janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- l'annexe 2 correspondant au contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable du présent avenant « Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1^{er} janvier 2020 ».

Article 8 : Modification de l'annexe 3 – Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1^{er} janvier 2018

L'annexe 3 « Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1er janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- l'annexe 3 correspondant aux options non responsables du contrat « socle » du présent avenant « Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1^{er} janvier 2020».

Article 9 : Dépôt et publicité

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

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

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

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

**PROJET D'AVENANT N° 4 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25
NOVEMBRE 2011 INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE
DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE AUX SALARIES DU
GROUPE PSA**

Pour la Direction de PSA AUTOMOBILES S.A



Xavier CHEREAU
HRDT

Pour les Organisations Syndicales

CFDT

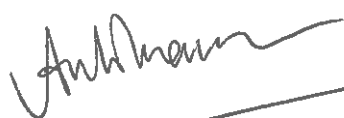


Madame Christine VIRASSAMY

CGT

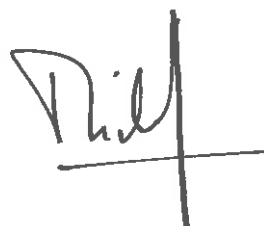
Monsieur Jean-Pierre MERCIER

CFE-CGC



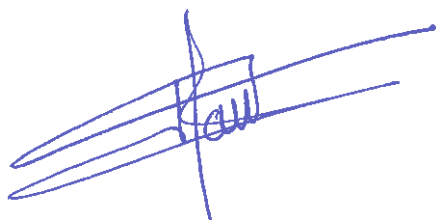
Monsieur Anh-Quan NGUYEN

FO



Monsieur Patrick MICHEL

CFTC



Monsieur Franck DON

Fait à Poissy, le 20 septembre 2019

ANNEXE 1 – RESUME DES GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES RESPONSABLES AU 1^{ER} JANVIER 2020

Les prestations ci-dessous s'entendent en remplissage de celles versées par le Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Nature des actes	Régime de base obligatoire "VITAL ESSENTIEL" Responsable - Régime Général	Régime de base obligatoire "VITAL ESSENTIEL" Responsable - Régime Abscex Mixte
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultation/Visite Générale d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR
Consultation/Visite Générale d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	80% BR
Consultation/Visite Spécialisée d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR (200% BR Professeurs)	110% BR (180% BR Professeurs)
Consultation/Visite Spécialisée d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)	90% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	80% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	80% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	70% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	100% BR	70% BR
Médicaments		
Présents et pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Matériel médical		
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	200% BR	170% BR
Autres soins		
Frais de transport	100% TM	100% TM
Médecine douce - ostéopathe	Neant	Neant
Soins tabagiques	Neant	Neant
Ostéodermatologie		
Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de logement, honoraires, voyage et hébergement)	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés
Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Honoraires		
Médecins et chirurgiens d'un médecin adhérent à un DPTAM	300% BR	300% BR
Médecins et chirurgiens d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Frais de séjour	300% BR avec mini TM	300% BR avec mini TM
Chambre particulière	3% PMSS/jour	3% PMSS/jour
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 12 ans	1,5% PMSS/jour	1,5% PMSS/jour
Optique		
Equipements 100% Santé (Classe A) (*)	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*
(*) Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée : la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-2 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Equipements hors 100% Santé (Classe B)	Dans le réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA
Monture	100 € - MR	100 € - MR
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable Classe A : 76 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable Classe A : 76 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre
Autres postes optiques		
Lenilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	8% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)	8% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)
Lenilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	8% PMSS / paire (jetables : 8% PMSS / an / bénéficiaire)	8% PMSS / paire (jetables : 8% PMSS / an / bénéficiaire)
Chirurgie de l'œil	8% PMSS / œil	8% PMSS / œil
Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé (*)	100% H.F. moins MR	100% H.F. moins MR
(*) Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothésiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Soins et prothèses hors 100% Santé		
Soins	200% BR	180% BR
Soignement prophylactique des dents (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	200% BR	180% BR
Prothèses dentaires	Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS	Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS
Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)	300% BR	280% BR
Non Prises en charge par la Sécurité sociale (Inlay core et couronne ou pilier)	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322,50 €	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322,50 €
Autres actes dentaires		
Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 18,5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8,8% PMSS	Phase chirurgicale : 18,5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8,8% PMSS
Parodontologie non prise en charge par la SS	25€ par antibioteux	25€ par antibioteux
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	200% BR	200% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200% BR (jusqu'à 18 ans)	200% BR (jusqu'à 18 ans)
Supplément Inlay de bridge remboursé par la Sécurité sociale	129 € par Inlay	129 € par Inlay
Aides auditives		
Equipements 100% Santé (Classe 1) (*)	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1
(*) Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Equipements hors 100% Santé (Classe 2)	100% PLV moins MR	100% PLV moins MR
Audiotrophée (Limite par aide auditive)	200% BR par aide avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021	Remboursée par la SS : 170% BR Non remboursée par la SS : 200% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021
Accessoires		
Prise, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Actes de prévention		
Pris en charge par la Sécurité sociale	L'ensemble des actes de prévention tels qu'à l'arrêté du 8 Juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur	L'ensemble des actes de prévention tels qu'à l'arrêté du 8 Juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur
	Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiogramme tonale avec tympanométrie 100% TM	Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiogramme tonale avec tympanométrie 100% TM
Maternité		
Honoraires chirurgie (obstétrique) OPTAM	300% BR	300% BR
Honoraires chirurgie (obstétrique) non OPTAM	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Honoraires pédiatrics OPTAM	100% BR	100% BR
Honoraires pédiatrics non OPTAM	80% BR	80% BR
Chambre particulière	3,6% PMSS / jour (max 6 jours)	3,6% PMSS / jour (max 6 jours)
Frais de séjour	300% BR	300% BR
DPTAM = Dispositifs de Prévention Tarifaire Métré des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2 PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale BR = Base de remboursement - Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. TM = Ticket Modérateur est égal à la Base de Remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avec déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et hospitaliers médicaux. MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale. FR = Frais fixes MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré obligé. PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. HLF = Honoraires Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.		

CV
ASUN
PA
XC

ANNEXE 2 – RESUME DES GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES NON RESPONSABLES AU 1er JANVIER 2020 (y compris Vitali Essentiel)

Nature des actes	Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base) - Régime Général	Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base) - Régime Alsace Moselle
<i>Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.</i>		
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultation/Visite Générale d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR
Consultation/Visite Générale d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	60% BR
Consultation/Visite Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR (200% BR Professeurs)	110% BR (180% BR Professeurs)
Consultation/Visite Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)	90% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)
Actes d'urgence (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR
Actes d'urgence (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	60% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	80% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR	60% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	70% BR
Honoraires paramédicaux		
Auditions médicales, infirmiers, massages-kinésithérapeutes, psychomotrices, orthophonistes et psychologues-psychiatres	100% BR	70% BR
Médicaments		
Prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Matériel médical		
Appareils (hors optique, dentaire et aide auditive)	200% BR	170% BR
Autres soins	100% TM	100% TM
Frais de transport	100% TM	100% TM
Médecine douce : ostéopathe	Néant	Néant
Soyage tabagique	Néant	Néant
Ostéodermatologie	100% BR	80% BR
Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés
Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Honoraires		
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	300% BR	300% BR
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	300% BR	300% BR
Frais de séjour	300% BR avec mini TM	300% BR avec mini TM
Chambre particulière	3% PMSS/jour	3% PMSS/jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 12 ans	1.5% PMSS/jour	1.5% PMSS/jour
Optique		
Equipements 100% santé (Classe A) (*)	Monture et verres 100% PLV* moins MR*	Monture et verres 100% PLV* moins MR*
(*) Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareil pour des verres d'indice de refraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixes (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Equipements hors 100% santé (Classe B)	Dans le réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA
Monture	100 €	100 €
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable
Autres postes optique		
Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité sociale	0% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)	0% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)
Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité sociale	0% PMSS / paire (jetables : 0% PMSS / an / bénéficiaire)	0% PMSS / paire (jetables : 0% PMSS / an / bénéficiaire)
Chirurgie de l'œil	0% PMSS / œil	0% PMSS / œil
Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé (*)	100% H.F. moins MR	100% H.F. moins MR
(*) Soins et prothèses 100% Santé, tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires, prothésiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par le conventionnement en vigueur à l'article L. 162-3 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Soins et prothèses hors 100% Santé		
Soins	200% BR	180% BR
Prothèses dentaires	200% BR	180% BR
Prothèses dentaires et implants	Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au-delà du forfait, minimum TM + 20% BR pour les prothèses remboursées par la SS	Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au-delà du forfait, minimum TM + 20% BR pour les prothèses remboursées par la SS
Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transalaires)	300% BR	280% BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale (Inlay core et couronne ou pilier)	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €
Autres actes dentaires		
Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8.8% PMSS	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8.8% PMSS
Parodontologie non prise en charge par la SS	250€ par bénéficiaire	250€ par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	200% BR	200% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200% BR (jusqu'à 18 ans)	200% BR (jusqu'à 18 ans)
Supplément Inter de Forfait Remboursé par la Sécurité sociale	129 € par Inter	129 € par Inter
Aides auditives		
Equipements 100% santé (Classe 1) (*)		
Du 1er janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1
A compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR	100% PLV moins MR
(*) Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 168-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixes (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Equipements hors 100% santé (Classe 2)		
Audioprothèse (Limite par aide auditive)	200% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021	Remboursée par la SS : 170% BR Non remboursée par la SS : 200% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021
Accessoires	100% TM	100% TM
Risq, entretien pris en charge par la Sécurité sociale		
Actes de prévention		
Prix en charge par la Sécurité sociale	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2008 sont pris en charge au titre des postes dont le relevé au maximum à 100% du ticket médicalisé	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2008 sont pris en charge au titre des postes dont le relevé au maximum à 100% du ticket médicalisé
	Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances	Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM
Maternité		
Honoraires chirurgie (sésarienne) OPTAM	300% BR	300% BR
Honoraires chirurgie (sésarienne) non OPTAM	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Honoraires périnatale OPTAM	100% BR	100% BR
Honoraires périnatale non OPTAM	80% BR	80% BR
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 8 jours)	3,5% PMSS / jour (max 8 jours)
Frais de séjour	300% BR	300% BR

CV ACQN PA XC
B

ANNEXE 3 – RESUME DES GARANTIES DE L'OPTION « PRESTATIONS AMELIOREES » DU CONTRAT AU 1^{er} JANVIER 2020 (y compris Vitali Essentiel et Surcomplémentaires Obligatoires Non responsables)

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Nature des actes	Option facultative non responsable (y compris les régimes obligatoires) Régime Général	Option facultative non responsable (y compris les régimes obligatoires) Régime Alsace Moselle																		
Soins courants																				
Honoraires médicaux																				
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR	180% BR																		
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR	180% BR																		
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	260% BR	230% BR																		
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	250% BR	230% BR																		
Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR	180% BR																		
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR	180% BR																		
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR	180% BR																		
Analyses et examens de laboratoire	200% BR	170% BR																		
Honoraires paramédicaux																				
Auxiliaires médicaux: infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, opticiens et pédicure-podologues	200% BR	170% BR																		
Médicaments																				
Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM																		
Matériel médical	400% BR	370% BR																		
Autres soins																				
Frais de transport	100% TM	100% TM																		
Médecine douce / ostéopathe	1,6% PMSS par séance (max 2 séances / an / bénéficiaire)	1,6% PMSS par séance (max 2 séances / an / bénéficiaire)																		
Boverage tabagique	100 €/ an / bénéficiaire	100 €/ an / bénéficiaire																		
Ostéodensitométrie	200% BR	180% BR																		
Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (chais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)	17% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	17% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés																		
Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS matériel																				
Forfait journalier hospitalier																				
Honoraires	100% FR	100% FR																		
Honoraires																				
Médecins et chirurgiens d'un médecin adhérent à un DPTAM	400% BR	400% BR																		
Médecins et chirurgiens d'un médecin non adhérent à un DPTAM	400% BR	400% BR																		
Frais de séjour	400% BR avec mini TM	400% BR avec mini TM																		
Chambre particulière	5% PMSS/jour	5% PMSS/jour																		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 13 ans	2 6% PMSS/jour	2 6% PMSS/jour																		
Optique																				
Equipements 100% Santé (Classe A) (*)	Monture et Verres : 100% PLV* moins MR*	Monture et Verres : 100% PLV* moins MR*																		
(*) Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).																				
Equipements hors 100% Santé (Classe B)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="text-align: center;">Dans le réseau KALIVIA</th> <th style="text-align: center;">Hors du réseau KALIVIA</th> <th style="text-align: center;">Dans le réseau KALIVIA</th> <th style="text-align: center;">Hors du réseau KALIVIA</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Monture</td> <td style="text-align: center;">Adulte : 105 € Enfant : 140 €</td> <td style="text-align: center;">Monture A : 150 € / verre Monture C : 300 € / verre Monture F : 350 € / verre</td> <td style="text-align: center;">Monture A : 150 € / verre Monture C : 300 € / verre Monture F : 350 € / verre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Verres</td> <td style="text-align: center;">100% FR / verre dans la limite du contrat responsable</td> <td style="text-align: center;">100% FR / verre dans la limite du contrat responsable</td> <td style="text-align: center;">100% FR / verre dans la limite du contrat responsable</td> </tr> </table>	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Monture	Adulte : 105 € Enfant : 140 €	Monture A : 150 € / verre Monture C : 300 € / verre Monture F : 350 € / verre	Monture A : 150 € / verre Monture C : 300 € / verre Monture F : 350 € / verre	Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="text-align: center;">Dans le réseau KALIVIA</th> <th style="text-align: center;">Hors du réseau KALIVIA</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Monture</td> <td style="text-align: center;">Adulte : 105 € Enfant : 140 €</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Verres</td> <td style="text-align: center;">100% FR / verre dans la limite du contrat responsable</td> </tr> </table>	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Monture	Adulte : 105 € Enfant : 140 €	Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable
Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA																	
Monture	Adulte : 105 € Enfant : 140 €	Monture A : 150 € / verre Monture C : 300 € / verre Monture F : 350 € / verre	Monture A : 150 € / verre Monture C : 300 € / verre Monture F : 350 € / verre																	
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable																	
Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA																			
Monture	Adulte : 105 € Enfant : 140 €																			
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable																			
Autres postes optique																				
Lenilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire	26% PMSS / paire																		
Lenilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire (jetables : 26% PMSS / an / bénéficiaire)	26% PMSS / paire (jetables : 26% PMSS / an / bénéficiaire)																		
Chirurgie de l'œil	26% PMSS / an	26% PMSS / an																		
Dentaire																				
Soins et prothèses 100% Santé (*)																				
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires, prothèses dentaires, définies par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention (ou que prévue à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).																				
Soins et prothèses hors 100% Santé																				
Soins	200% BR	180% BR																		
Soins dentaires prophylactiques des enfants (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème visites permanentes)	200% BR	180% BR																		
Prothèses dentaires	Limitation prothèses dentaires et implants : 2500 € / an / bénéficiaire. Au-delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS	Limitation prothèses dentaires et implants : 2500 € / an / bénéficiaire. Au-delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS																		
Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)	350% BR	300% BR																		
Non Prises en charge par la Sécurité sociale (Inlay zora et couronne ou pivot)	Inlay zora : 429 € / Couronne et Pivot : 377 €	Inlay zora : 429 € / Couronne et Pivot : 377 €																		
Autres actes dentaires																				
Implant non pris en charge par la SS	Prise chirurgicale : 33% PMSS Pose pivot et couronne sur implant : 10 3% PMSS	Prise chirurgicale : 33% PMSS Pose pivot et couronne sur implant : 10 3% PMSS																		
Parodontologie non prise en charge par la SS	300€ par an/bénéficiaire	300€ par an/bénéficiaire																		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	400% BR	400% BR																		
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	400% BR (jusqu'à 18 ans)	400% BR (jusqu'à 18 ans)																		
Supplément Inter-chaussettes remboursé par la Sécurité sociale	150,50 € par Inter	150,50 € par Inter																		
Actes auditifs																				
Equipements 100% Santé (Classe 1) (*)																				
Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1																		
À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)																				
	100% PLV moins MR	100% PLV moins MR																		
(*) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).																				
Equipements hors 100% Santé (Classe 2)																				
Audioprothèse (Limite par aide auditive)	600% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021	Remboursée par la SS : 670% BR Non remboursée par la SS : 600% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021																		
Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale																				
Actes de prévention	100% TM	100% TM																		
Pris en charge par la Sécurité sociale																				
L'ensemble des actes de prévention listés à l'annexe du 6 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur																				
Détachement annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 années																				
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 60 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie 100% TM + 200% BR																				
Maternité																				
Honoraires chirurgie (obésité) OPTAM	400% BR	400% BR																		
Honoraires chirurgie (obésité) non OPTAM	400% BR	400% BR																		
Honoraires périnatale OPTAM	100% BR	100% BR																		
Honoraires périnatale non OPTAM	100% BR	100% BR																		
Chambre particulière	3,6% PMSS / jour (max 6 jours)	3,6% PMSS / jour (max 6 jours)																		
Frais de séjour	400% BR	400% BR																		
DPTAM = Dispositif de Prévention Tarifaire Matrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. BR = Base de remboursement : Tarif assuré de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. TM = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avec déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale. PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. HLP = Honoraire Limite de Facturation (HLP) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assureur maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLP tels que définis par le code de la Sécurité sociale.																				

CV PN XC
AQU FD

ANNEXE 4 – JUSTIFICATION DES REVENUS PERMETTANT D'ACCEDER A LA CMU-C

Le contrat VITALI stipule dans son article 3.3 :

3.3. La définition des ayants droit

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, les ayants droit de l'assuré sont :

- son conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale, à défaut :
 - son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs), non dissout et non rompu, à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - son concubin célibataire, divorcé ou veuf à charge au sens de la Sécurité sociale, s'il réside sous le même toit que l'assuré, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, l'assuré et son concubin ne doivent être ni mariés, ni liés par un pacte civil de solidarité,
- son conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, si le niveau du revenu fiscal du foyer est inférieur ou égal au plafond des ressources déterminant l'accès à la protection complémentaire CMU-C,
- toute autre personne (hors conjoint, concubin ou partenaire pacsé) vivant avec l'assuré depuis plus de douze mois consécutifs, à charge au sens de la Sécurité sociale,
- ses enfants (ou ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin), pris en compte dans le quotient familial du foyer fiscal de l'assuré,
 - ses enfants dont il n'a pas la garde, bénéficiaires d'une pension alimentaire à la charge de l'assuré et admise en déduction de son revenu imposable,
 - ses enfants ou ceux de son concubin si le choix du rattachement fiscal s'est porté sur ce dernier

Le justificatif relatif au niveau de revenu fiscal est l'avis d'imposition du foyer.