AVENANT N°6 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011 INSTITUANT DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE DE LA SOCIETE PSA AUTOMOBILES SA

Entre la Société PSA Automobiles S.A., représentée par Monsieur Xavier CHEREAU, dûment mandaté

d'une part,

et les Organisations Syndicales signataires, dûment mandatées

d'autre part.

PREAMBULE

L'accord relatif à la couverture complémentaire maladie des salariés du Groupe PSA Peugeot Citroën a été signé le 25 novembre 2011 avec quatre organisations syndicales, représentatives des salariés et la Direction. 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, quels que soient 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, et a fait l'objet de plusieurs avenants depuis.

Aujourd'hui la couverture complémentaire santé des salariés de Stellantis se compose d'une couverture « Vitali Essentiel » obligatoire, financée à 50% par les salariés et à 50% par l'entreprise, et d'une garantie optionnelle financée en totalité par les salariés qui souhaitent y souscrire pour obtenir un meilleur niveau de remboursement. Grâce aux évolutions mises en œuvre depuis 2014, la situation financière du régime Vitali est saine, et ce sans augmentation des taux de cotisation depuis cette date.

Toutefois, depuis 2021, dans un contexte marqué notamment par les conséquences de la crise sanitaire du COVID_19, par la montée en puissance de l'application de la loi 100% santé et par

le transfert progressif de charge des remboursements des frais de santé de la Sécurité Sociale vers les mutuelles, les résultats techniques montrent une dégradation croissante et régulière.

Ce constat a été partagé, en mai et juin 2023, avec les partenaires sociaux signataires de l'accord du 25 novembre 2011, au cours de trois Groupes de Travail de l'Observatoire de la Protection Sociale.

L'analyse des résultats 2021 et 2022, ainsi que des premières informations disponibles pour 2023, ont montré que la dégradation des résultats techniques est pérenne et que des évolutions s'avèrent nécessaires dès 2024 afin de redresser la situation sans modification brutale des garanties ou des conditions tarifaires pour les assurés et pour l'entreprise.

Dans un deuxième temps, les Groupes de Travail ont analysé les solutions possibles. Très attachés au niveau élevé de qualité de la couverture complémentaire santé des salariés de Stellantis, les Groupes de Travail n'ont pas retenu l'hypothèse d'une baisse des garanties, qui aurait entraîné une augmentation du reste à charge pour les assurés. Les réflexions se sont donc portées sur l'augmentation des cotisations à un niveau permettant de concilier l'atteinte d'un équilibre technique et d'un niveau de réserve financière raisonnable à l'horizon 2028, couplés à une amélioration des garanties notamment en matière de médecines douces.

Les réflexions issues de ces Groupes de Travail ont été discutées au cours d'une réunion de négociation entre les partenaires sociaux et la Direction qui s'est déroulée le 11 juillet 2023.
Au cours de cette réunion de négociation, les parties ont voulu :

- réaffirmer le caractère mutualiste et solidaire de Vitali, dispositif identique pour tous les salariés, quels que soient 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 neuf dernières années,
- améliorer les garanties notamment en matière de médecines douces,
- limiter la hausse des cotisations, pour les salariés et pour la Société, à un niveau strictement nécessaire à l'obtention de l'équilibre technique à l'horizon 2028.

Les partenaires sociaux et la Direction de la Société ont négocié et pris la décision de modifier le régime frais de santé au 1er juillet 2024, en augmentant les taux de cotisation de Vitali Essentiel de façon progressive et continue sur les quatre prochaines années en améliorant les garanties de Vitali « Essentiel » et de Vitali « Option ».

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 économique central.

Article 1 – Objet

Le présent avenant (*ci-après l' « Avenant »*) modifie et met à jour, à compter du 1er juillet 2024, certaines des dispositions prévues par l'accord initial du 25 novembre 2011 (*ci-après l' « Accord »*) et ses avenants du 19 juillet 2013, du 10 juin 2014, du 3 juillet 2017, du 20 septembre 2019 et du 04 octobre 2022.

Le présent avenant a pour objectif de prendre en compte les résultats globaux et l'évolution du ratio de sinistralité, dans le but de rétablir l'équilibre financier du régime. Dans cette optique, des ajustements de cotisations seront mis en place.

Il se substitue de plein droit aux stipulations, portant sur le même objet et la même cause, prévues par l'Accord initial du 25 novembre 2011 et ses avenants du 19 juillet 2013, du 10 juin 2014, du 3 juillet 2017, du 20 septembre 2019 et du 04 octobre 2022.

Article 2 – Durée et date d'entrée en vigueur

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1er juillet 2024.

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 six mois à compter de sa date d'effet.

Article 4 – Remplacement de l'article 8.1 – Cotisations de l'avenant n°3 du 3 juillet 2017

L'article 8.1 de l'avenant n°3 du 3 juillet 2017 est remplacé de la manière suivante :

La cotisation mensuelle aux deux contrats obligatoires est répartie à hauteur de 50% à la charge de la Société et hauteur de 50% à la charge du bénéficiaire de l'Accord.

Les cotisations des bénéficiaires seront prélevées sur la rémunération mensuelle.

L'assiette de cotisations mensuelles est basée sur :

- PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale. A titre d'information ce plafond s'élève à 3 666 € pour l'année 2023.
- TA : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 0 et 1 fois le PMSS.
- TB : part de la rémunération mensuelle du bénéficiaire de l'Accord, comprise entre 1 et 4 fois le PMSS.

La rémunération mensuelle prise en compte est constituée des sommes soumises à cotisations de la Sécurité Sociale, prévues à l'article L242-1 du Code de la Sécurité Sociale, à l'exception des sommes versées à l'occasion ou après la rupture du contrat de travail.
La part des cotisations assises sur les Tranches A et B fait l'objet d'une régularisation mensuelle en fonction du cumul des rémunérations perçues sur la période d'assurance et correspondant à l'année calendaire.

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour contrat « socle » obligatoire non responsable, hors taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1er juillet 2024 :

	Contrat « socle » Taux de cotisation global mensuelle **hors taxes**	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	0,888 % du PMSS + 0,810 % TA + 0,419 % TB	1,860% du PMSS + 1,030 % TA + 0,897 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,449 % du PMSS + 0,743 % TA + 0,181 % TB	0,879 % du PMSS + 1,068 % TA + 0,391 % TB

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable, hors taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèverait au 1er juillet 2024 :

	Contrat « surcomplémentaire » Taux de cotisation global mensuelle **hors taxes**	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	0,0084 % du PMSS	0,0179 % du PMSS
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,0084 % du PMSS	0,0084 % du PMSS

Le salarié devra obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à sa situation de famille réelle.

Lors de son adhésion, le bénéficiaire qui n'aurait pas confirmé sa situation de famille dans le délai imparti sera automatiquement affilié à la cotisation « Famille », et ce tant qu'il n'aura pas justifié de sa situation de famille auprès de l'organisme de Gestion.

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont ses enfants et son conjoint tels que définis par le contrat d'assurance en vigueur.

Le salarié a l'obligation d'informer la Direction des Ressources Humaines de tout changement intervenu dans sa situation familiale et matrimoniale dans un délai d'un mois, suivant les modalités mentionnées dans la Notice d'Information remise aux bénéficiaires.

Toutefois, au moment de la mise en place du régime Vitali, le salarié qui était en mesure de justifier que ses enfants à charge, tel que définis ci-dessus, étaient déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs, a pu décider de ne pas leur étendre la présente garantie, et ainsi cotiser au tarif « isolé » malgré sa situation de famille réelle.

Afin de bénéficier d'une telle dérogation, les salariés concernés devront fournir un justificatif annuel de la couverture dont bénéficient leurs ayants droit au mois de septembre de chaque nouvelle année, suite notamment à la sollicitation de la Société. Le défaut de présentation entraînera le prélèvement de la cotisation afférente à leur situation familiale objective dès le mois suivant.

A cette cotisation mensuelle hors taxes, viennent s'ajouter les taxes en vigueur. A titre d'information, la taxe de solidarité additionnelle applicable au contrat « socle » est de 13,27%, elle est assise sur la cotisation globale (salariale et patronale) afférente.
Pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable la taxe de solidarité additionnelle application est de 20,27%, elle est assise sur la cotisation globale (salariale et patronale) afférente.

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « socle » obligatoire responsable, y compris les taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord, s'élèvera au 1er juillet 2024 :

	Contrat « socle » Taux de cotisation global mensuelle **taxes comprises**	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	1,006 % du PMSS + 0,917 % TA + 0,475 % TB	2,107 % du PMSS + 1,167 % TA + 1,016 % TB
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,509 % du PMSS + 0,842 % TA + 0,205 % TB	0,996 % du PMSS + 1,210 % TA + 0,443 % TB

A titre d'information, la cotisation mensuelle totale pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable, y compris les taxes, au titre d'un bénéficiaire de l'Accord s'élèvera au 1er juillet 2024 :

	Contrat « surcomplémentaire » Taux de cotisation global mensuelle **taxes comprises**	
	Isolé	Famille
Bénéficiaire affilié au Régime Général	0,0101 % du PMSS	0,0215 % du PMSS
Bénéficiaire affilié au Régime Alsace Moselle	0,0101 % du PMSS	0,0101 % du PMSS

Il est rappelé que pour le contrat « socle » obligatoire responsable :

- la part de cotisations financée par le salarié est déductible de son revenu imposable,
- la part employeur de la cotisation est exonérée de charges sociales.

Il est rappelé que pour le contrat « surcomplémentaire » obligatoire non responsable :

- la part de cotisations financée par le salarié n'est pas déductible de son revenu imposable,
- la part employeur de la cotisation n'est pas exonérée de charges sociales.

Il a été convenu que les taux de cotisation, hors taxes, évolueront au 1er juillet de chaque exercice (2024, 2025, 2026, 2027). Cette évolution sera de 5,1% par an, avec pour objectifs d'atteindre un régime à l'équilibre en 2028 (ratio sinistres/primes = 100 %) et une réserve générale de 10M d'euros.

Les bénéficiaires de l'Accord reconnus invalides de 2e et 3e catégories au sens de la Sécurité Sociale sont exonérés de toute cotisation.

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

Les stipulations de l'article 9 de l'Accord sont remplacées par les suivantes :

« Nous rappelons que les garanties, qui sont annexées à titre information 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 exclusion 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 au 1er janvier 2020

L'annexe 1 « Résumé des garanties de base obligatoires responsables au 1er janvier 2020 » de l'avenant du 20 septembre 2019 est remplacée par :

- L'annexe 1 du présent avenant « Résume des garanties de base obligatoires responsables au 1er juillet 2024 ».

Article 7 – Modification de l'annexe 2 – Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1er janvier 2020

L'annexe 2 « Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1er janvier 2020 » de l'avenant du 20 septembre 2019 est remplacée par :

- L'annexe 2 du présent avenant « Résumé des garanties surcomplémentaires obligatoires non responsables au 1er juillet 2024 ».

Article 8 – Modification de l'annexe 3 – Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1er janvier 2020

L'annexe 3 « Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1er janvier 2020 » de l'avenant du 20 septembre 2019 est remplacée par :

- L'annexe 3 du présent avenant « Résumé des garanties de l'option « prestations améliorées » du contrat au 1er juillet 2024 ».

Article 9 – Modification de l'annexe 4 – Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1er janvier 2018

L'annexe 4 « Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1er janvier 2018 » de l'avenant du 3 juillet 2017 est remplacée par :

- L'annexe 4 du présent avenant « Information sur les cotisations des garanties optionnelles à effet du 1er juillet 2024 »

Article 10 – Suivi de l’avenant

Les résultats seront présentés à l’Observatoire de la Protection Sociale au plus tard le 31 mai de chaque année. En fonction des résultats techniques du régime comparés aux objectifs définis dans l’article 4 du présent avenant, ainsi que des évolutions légales et réglementaires, des ajustements des cotisations pourront être envisagés.

Dans le cas où la présentation des résultats indiquerait la nécessité de modifier le montant de la hausse des cotisations, les parties conviennent de se réunir pour envisager les mesures nécessaires à l’atteinte des objectifs fixés à l’article 4 du présent avenant.

Article 11 – 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 à la Direction régionale de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités. Ce dépôt est dématérialisé et s’effectue sur la plateforme : www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr.

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.

AVENANT N°6 A L'ACCORD COLLECTIF DU 25 NOVEMBRE 2011 INSTITUANT UNE GARANTIE COMPLEMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE DE LA SOCIETE PSA AUTOMOBILES SA

Pour la Direction de PSA Automobiles SA
Monsieur Xavier CHEREAU

Directeur des Ressources Humaines et de la Transformation

Pour les Organisations Syndicales

CFDT

Madame Christine VIRASSAMY

CGT

Monsieur Michaël IMHOFF

CFE-CGC

Monsieur Laurent OECHSEL

FO

Monsieur Olivier LEFEBVRE

CFTC

Monsieur Frédéric LEMAYITCH

Fait à Poissy, le 21 juillet 2023

ANNEXE 1 – RESUME DES GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES RESPONSABLES AU 1er JUILLET 2024

STELLANTIS
Ensemble du personnel
Garanties frais de santé à effet du : **01.07.2024**
*Les prestations ci-dessous s'entendent **en complément** de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.*

Nature des actes	Régime de base obligatoire "VITALI ESSENTIEL" Responsable - Régime Général		Régime de base obligatoire "VITALI ESSENTIEL" Responsable - Régime Alsace Moselle	
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		80% BR	
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		60% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR (200% BR Professeurs)		110% BR (180% BR Professeurs)	
Consultation/Visites 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'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		60% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin ahérent à un DPTAM	100% BR		80% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non ahérent à un DPTAM	80% BR		60% 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				
Prescrits et pris en chage 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	
Médecines douces et Substituts tabagiques (ostéopathe, chiropraxie, psychomotricien, Etiopathe, Acupuncture, Substituts nicotiniques)	40€ x 1 séance par an / bénéficiaire		40€ x 1 séance par an / bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	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	*Conventionné*	*Non Conventionné*	*Conventionné*	*Non Conventionné*
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	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 17 ans	1.5% PMSS/jour		1.5% PMSS/jour	
Optique	*Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.*			
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 règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage 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)	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA
Monture	100 € - MR		100 € - MR	
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre
Autres postes optique				
Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)		6% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)	
Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)		6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)	
Chirurgie de l'oeil	8% PMSS / oeil		8% PMSS / oeil	
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé (*)	100% HLF moins MR		100% HLF moins MR	
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue 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	
Inlay-onlay remboursés par la SS	200% BR		180% BR	
Parodonthologie remboursée par la SS	200% BR		180% BR	
Scellement prophylactique des sillons (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 déla du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS*		*Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au déla du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS*	
Prise 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 : 16.5% PMSS		Phase chirurgicale : 16.5% PMSS	
Parodontologie non prise en charge par la SS	250€ par an/bénéficiaire		250€ par an/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 bridge remboursé par la Sécurité sociale	129 € par inter		129 € par inter	
Aides auditives	*Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.*			
Equipements 100% santé (Classe 1) (*)				
Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR		100% PLV moins MR	
(*) Equipements 100 % Santé : tels que définis règlementairement. 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)	200% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)		Remboursée par la SS : 170% BR Non remboursée par la SS : 200% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)	
Accessoires : Piles, 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 listés à l'arrêt 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		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 (césarienne) OPTAM	300% BR		300% BR	
Honoraires chirurgie (césarienne) non OPTAM	TM + 100% BR		TM + 100% BR	
Honoraires péridurale OPTAM	100% BR		100% BR	
Honoraires péridurale non OPTAM	80% BR		80% BR	
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)	
Frais de séjour	300% BR		300% BR	
Forfait Maternité	150 €		150 €	

Document non contractuel. Seule la notice de l'assureur fait foi

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnel 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 Sécurié sociale, avant déduction éventuelle de la participartion forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.
FR = Frais Réels.
BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

ANNEXE 2 – RESUME DES GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES NON RESPONSABLES AU 1er JUILLET 2024 (y compris VITALI Essentiel)

STELLANTIS
Ensemble du personnel
Garanties frais de santé à effet du : **01.07.2024**

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

Nature des actes	Régime surcomplémetaire 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	
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		80% BR	
Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		60% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR (200% BR Professeurs)		110% BR (180% BR Professeurs)	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR		90% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR	
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		60% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin ahérent à un DPTAM	100% BR		80% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non ahérent à un DPTAM	80% BR		60% 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				
Prescrits et pris en chage 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	
Médecines douces et Substituts tabagiques (ostéopathe, chiropraxie, psychomotricien, Etiopathe, Acupuncture, Substituts nicotiniques)	40€ x 1 séance par an / bénéficiaire		40€ x 1 séance par an / bénéficiaire	
Sevrage tabagique	Néant		Néant	
Ostéodensitométrie	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	*Conventionné*	*Non Conventionné*	*Conventionné*	*Non Conventionné*
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'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 17 ans	1.5% PMSS/jour		1.5% PMSS/jour	
Optique	*Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (sauf en cas de bris de verres ou de monture) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.*			
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 règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage 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)	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA
Monture	100 €		100 €	
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre
Autres postes optique				
Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)		6% PMSS / paire (13% PMSS si correction > 10 dioptries)	
Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)		6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)	
Chirurgie de l'œil	8% PMSS / œil		8% PMSS / œil	
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé (*)	100% HLF moins MR		100% HLF moins MR	
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue 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	
Inlay-onlay remboursés par la SS	200% BR		180% BR	
Parodontologie remboursée par la SS	200% BR		180% BR	
Scellement prophylactique des sillons (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 déla du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS*		*Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au déla du forfait, minimum 155% 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 €	
Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS		Phase chirurgicale : 16.5% PMSS	
Parodontologie non prise en charge par la SS	250€ par an/bénéficiaire		250€ par an/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 bridge remboursé par la Sécurité sociale	129 € par inter		129 € par inter	
Aides auditives	*Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.*			
Equipements 100% santé (Classe 1) (*)				
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)	200% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)		Remboursée par la SS : 170% BR Non remboursée par la SS : 200% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)	
Accessoires : Piles, 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 listés à l'arrêt 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		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 (césarienne) OPTAM	300% BR		300% BR	
Honoraires chirurgie (césarienne) non OPTAM	TM + 100% BR		TM + 100% BR	
Honoraires péridurale OPTAM	100% BR		100% BR	
Honoraires péridurale non OPTAM	80% BR		80% BR	
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)	
Frais de séjour	300% BR		300% BR	
Forfait maternité	150 €		150 €	

Document non contractuel. Seule la notice de l'assureur fait foi

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnel 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 Sécurié sociale, avant 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.
FR = Frais Réels.
BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

ANNEXE 3 – RESUME DES GARANTIES DE L'OPTION « PRESTATIONS AMELIOREES » DU CONTRAT AU 1er JUILLET 2024 (y compris Vitali Essentiel et Surcomplémentaires Obligatoires Non responsables)

STELLANTIS
Ensemble du personnel
Garanties frais de santé à effet du : **01.07.2024**

*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 Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	250% BR		230% BR	
Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	250% BR		230% BR	
Actes d'imagerie (radiologie, échographie…) d'un médecin adhérent à un DPTAM	200% BR		180% 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 ahérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non ahérent à un DPTAM	200% BR		180% BR	
Analyses et examens de laboratoire	200% BR		170% BR	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	200% BR		170% BR	
Médicaments				
Prescrits et pris en chage par la Sécurité sociale	100% TM		100% TM	
Matériel médical				
Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	400% BR		370% BR	
Autres soins				
Frais de transport	100% TM		100% TM	
Médecines douces et Substituts tabagiques (ostéopathe, chiropraxie, psychomotricien, Etiopathe, Acupuncture, Substituts nicotiniques)	60€ x 4 séances par an / bénéficiaire		60€ x 4 séances par an / bénéficiaire	
Sevrage tabagique	100 € / an / bénéficiaire		100 € / an / bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	200% BR		180% BR	
Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais 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 maternité	*Conventionné*	*Non Conventionné*	*Conventionné*	*Non Conventionné*
Forfait journalier hospitalier	100% FR		100% FR	
Honoraires				
Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	400% BR		400% BR	
Médicaux et chirurgicaux 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'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 17 ans	2.5% PMSS/jour		2.5% PMSS/jour	
Optique	*Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (sauf en cas de bris de verres ou de monture) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.*			
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 règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème aliéna 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)	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA	Dans le réseau KALIVIA	Hors du réseau KALIVIA
Monture	Adulte : 185 € Enfant : 140 €		Adulte : 185 € Enfant : 140 €	
Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A :150 € / verre Classe C : 300 € / verre Classe F : 350 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A :150 € / verre Classe C : 300 € / verre Classe F : 350 € / verre
Autres postes optique				
Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire		26% PMSS / paire	
Lentilles (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'oeil	26% PMSS / oeil		26% PMSS / oeil	
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé (*)	100% HLF moins MR		100% HLF moins MR	
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue 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	
Inlay-onlay remboursés par la SS	200% BR		180% BR	
Parodontologie remboursée par la SS	200% BR		180% BR	
Scellement prophylactique des sillons (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 : 2500 € / an / bénéficiaire. Au déla du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS*		*Limitation prothèses dentaires et implants : 2500 € / an / bénéficiaire. Au déla du forfait, minimum 155% BR pour les prothèses remboursées par la SS*	
Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)	350% BR		330% BR	
Non Prises en charge par la Sécurité sociale Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 429 € / Couronne et Pilier : 377 €		Inlay core : 429 € / Couronne et Pilier : 377 €	
Autres actes dentaires				
Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 33% PMSS		Phase chirurgicale : 33% 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 de bridge remboursé par la Sécurité sociale	150,50 € par inter		150,50 € par inter	
Aides auditives	*Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.*			
Equipements 100% santé (Classe 1) (*)				
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)		Remboursée par la SS : 570% BR Non remboursée par la SS : 600% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires)	
Accessoires : Piles, 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 listés à l'arrêt 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		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 + 300% BR		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 + 280% BR	
Maternité				
Honoraires chirurgie (césarienne) OPTAM	400% BR		400% BR	
Honoraires chirurgie (césarienne) non OPTAM	400% BR		400% BR	
Honoraires péridurale OPTAM	100% BR		100% BR	
Honoraires péridurale non OPTAM	100% BR		100% BR	
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)	
Frais de séjour	400% BR		400% BR	
Forfait maternité	150 €		150 €	

Document non contractuel. Seule la notice de l'assureur fait foi

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 Sécurié sociale, avant 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.
FR = Frais Réels.
BR - 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 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.
HLF = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventioné 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.

ANNEXE 4 – INFORMATION SUR LES COTISATIONS DES GARANTIES OPTIONNELLES A EFFET DU 1er JUILLET 2024

Les garanties optionnelles interviennent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale et de ceux du contrat « socle » obligatoire responsable ou du contrat « surcomplémentaire » non responsable.

A titre indicatif, à effet du 1er juillet 2024, le montant des taux de cotisation des garanties optionnelles est exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale comme suit.

1. Cotisation de la garantie « prestations améliorées » pour les actifs

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Adulte	0,94%	0,94%
Enfant	0,35%	0,35%

Les bénéficiaires du présent régime peuvent adhérer à titre facultatif à ce contrat collectif « prestations améliorées ».

L'adhésion à cette option couvre obligatoirement tous les bénéficiaires du régime (le salarié et le cas échéant ses ayants-droits).

2. Cotisation de la garantie « conjoint non à charge/enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi »

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
socle	1,83%	1,09%
surcomplémentaire	0,01%	0,01%

Le conjoint non à charge ou l'enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi qui demande à adhérer au présent régime adhère obligatoirement au régime socle et surcomplémentaire.

Le cas échéant, il adhère également à la garantie « prestations améliorées » (cf. 1 du paragraphe ci-dessus).

3. Cotisation du dispositif « maintien de garanties »

A titre indicatif, à effet du 1er juillet 2024, le montant des taux de cotisation du dispositif « maintien de garanties » sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale comme suit.
Par ailleurs, en cas d'évolution des grilles tarifaires suivantes, il est convenu qu'elles s'appliqueront à l'ensemble de la population ayant adhéré au dispositif « maintien de garanties » à compter du 1er juillet 2024.

- Régime de base : « socle » obligatoire responsable

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille
1ère année	1,944%	5,087%	1,240%	3,048%
2ème année	2,438%	5,087%	1,555%	3,048%
3ème année	2,922%	5,087%	1,860%	3,048%
A partir de la 4ème année	Application de l'accord en vigueur			

- Régime de base : « surcomplémentaire » non responsable

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille
1ère année	0,011%	0,032%	0,011%	0,021%
2ème année	0,011%	0,032%	0,011%	0,021%
3ème année	0,021%	0,032%	0,011%	0,021%
A partir de la 4ème année	Application de l'accord en vigueur			

- Option « prestations améliorées » - tarifs applicables

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
1ère année	0,94%	0,54%	0,94%	0,54%
2ème année	1,18%	0,54%	1,18%	0,54%
3ème année	1,41%	0,54%	1,41%	0,54%
A partir de la 4ème année	Application de l'accord en vigueur			

- Option « conjoint non à charge/enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi » - tarifs applicables

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
1ère année	1,46%	1,46%
2ème année	1,46%	1,46%
3ème année	1,46%	1,46%
A partir de la 4ème année	Application de l'accord en vigueur	