

Notice d'information

Garantie « frais de santé »

du personnel de la Sacem

(Société des Auteurs, Compositeurs et Éditeurs de Musique)

2017

La Fraternelle interentreprises

225 av. Charles de Gaulle 92528 Neuilly sur Seine Cedex

☎ 01 47 15 46 28 ou 01 47 15 46 31 – 📠 01 47 15 47 71

✉ contact@fraternelle-interentreprises.fr – 🌐 www.fraternelle-interentreprises.fr



mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité – Siren 302 999 115

L'UNME-Garantie se substitue intégralement pour la constitution des garanties en branches 1 et 2 et pour l'exécution des engagements de la mutuelle. Si l'agrément était retiré à l'UNME-Garantie, les garanties seraient résiliées le 40^{ème} jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant.

Chapitre	Sommaire	Page
1	L'accord collectif	3
2	Bénéficiaires du régime frais de santé	4
3	Formalités d'affiliation	5
4	Régime sur-complémentaire	6
5	Modalités de remboursement	7
6	Changement de situation administrative	9
7	Barèmes des garanties	10
8	Barèmes des cotisations	14

Chapitre

1

L'accord collectif

La Direction de la Sacem et l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein de la Sacem, après avis du Comité d'entreprise, ont mis en place en faveur du personnel un régime collectif à adhésion obligatoire destiné à la couverture familiale du risque « frais de santé » (maladie, maternité et accident).

Cette adhésion obligatoire de l'ensemble des salariés résulte de l'accord d'entreprise du 20 décembre 2007 signé par les partenaires sociaux. Elle s'impose dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte par l'employeur de leur quote-part de cotisation sur les bulletins de salaire.

Les partenaires sociaux ont également décidé de confier la gestion de ce régime garantissant la prise en charge des « frais de santé » à **La Fraternelle**, qui demeure votre interlocuteur pour l'ensemble de vos démarches et pour répondre aux questions que vous pourriez vous poser dans ce domaine.

Les garanties présentées dans cette notice d'information s'adressent aux salariés de la Sacem ainsi qu'aux membres bénéficiaires tels que définis au chapitre 2. Elles ont pour objet le remboursement de frais médicaux, en complément des remboursements des régimes d'assurance maladie de base obligatoires, dans la limite des dépenses engagées et restant à votre charge.

Les prestations garanties sont présentées au chapitre 7 et comprennent deux niveaux :

- un régime complémentaire de base à adhésion obligatoire, faisant l'objet d'un financement conjoint de l'employeur et des salariés.
- un régime sur-complémentaire à adhésion facultative, dont le financement est à la charge exclusive des salariés qui souscrivent cette option.

Selon vos besoins et vos choix personnels, vous pouvez opter pour le niveau de couverture le mieux adapté à votre situation.

La présente notice d'information résume l'ensemble de vos droits et obligations et indique les démarches à effectuer afin de vous affilier et d'obtenir le paiement des prestations auxquelles vous pouvez prétendre.

Pour toute question éventuelle ou pour toute précision complémentaire :

- par courriel : fraternelle@sacem.fr ou contact@fraternelle-interentreprises.fr
- par téléphone :
 - de A à K : Véronique LECHAIRE ☎ 4631
 - de L à Z : Sandra GANDON ☎ 4628

Les réclamations de l'adhérent relatives aux garanties contractuelles présentées dans cette notice d'information doivent être transmises par courrier postal au siège de la mutuelle ou par courriel à : contact@fraternelle-interentreprises.fr

En cas de désaccord persistant, l'adhérent doit soumettre son recours à : president@fraternelle-interentreprises.fr

Si, après épuisement de ces procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle, un différend oppose toujours un adhérent à la mutuelle, l'adhérent ou son ayant droit ou la mutuelle peut saisir le service de la médiation mutualiste dans les conditions prévues à l'article 79 des statuts de la Fraternelle interentreprises.

Chapitre

2

Bénéficiaires du régime frais de santé

Le régime mis en place s'applique à l'ensemble des salariés de la Sacem (CDI, CDD, contrats d'apprentissage, de professionnalisation...) et lui permet de bénéficier dès l'embauche, sans délai de carence ni formalité médicale, d'une couverture complémentaire de base de type familial et à titre obligatoire.

Les autres membres bénéficiaires, également couverts à titre obligatoire, sont les ayants droit suivants :

- Le conjoint (non divorcé suite à un jugement devenu définitif). Est assimilé au conjoint, le concubin (non marié et pouvant justifier vivre sous le même toit que le membre participant), ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), qu'il soit à charge ou non au sens de la Sécurité sociale et qu'il exerce ou non une activité professionnelle.
- Les enfants à charge, ou à celle du conjoint, au sens de la Sécurité sociale. Par enfant à charge, il faut entendre tout enfant fiscalement à charge (part supplémentaire ou pension alimentaire), âgé de moins de 16 ans, ou jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 28 ans s'il poursuit des études ou s'il est sous contrat d'apprentissage, et sous réserve d'en justifier.
- L'enfant handicapé à charge, sans limitation de durée, s'il est atteint, avant son 28^{ème} anniversaire, d'une invalidité équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale, ou tant qu'il bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidé civil.

La cotisation "FAMILLE" (Cf. chapitre 8) s'applique donc à l'ensemble des salariés. Cependant, l'accord collectif a prévu que les salariés suivants ont la faculté de demander l'application de la cotisation "ISOLÉ" :

- les salariés célibataires, divorcés ou veufs, sans enfant à charge, qui justifient chaque année de cette situation de famille,
- les salariés dont le conjoint ou concubin (union libre ou ayant conclu un PACS) et les enfants à charge sont déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs et qui justifient chaque année de cette couverture familiale obligatoire.

Les salariés ont l'obligation de signaler rapidement tout changement intervenant dans leur situation familiale et matrimoniale.

Chapitre

3

Les formalités d'affiliation

Le régime complémentaire de base est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2008.

Remplissez soigneusement le bulletin d'affiliation en précisant si vous retenez ou non l'option avec les garanties sur-complémentaires facultatives et retournez, au Service Prévoyance et Santé de la DRH, ce bulletin signé et accompagné des pièces justificatives.

La Fraternelle vous adressera en retour une carte de mutualiste vous permettant de justifier votre affiliation et vous donnant accès au tiers payant (Cf. chapitre 4). Une utilisation abusive de cette carte entraînerait des poursuites et récupération des sommes réglées à tort.

Dérogations possibles à l'obligation de cotiser

- ❶ L'accord d'entreprise Sacem et la réglementation prévoient que les salariés suivants ont la faculté de refuser d'adhérer au régime :
 - les salariés sous contrat à durée déterminée de moins de 12 mois et les travailleurs saisonniers,
 - les bénéficiaires d'une couverture complémentaire prenant place dans le cadre de la CMU,
 - les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) et qui en justifient annuellement auprès du Service Prévoyance et Santé de la DRH, par la production d'une attestation d'affiliation délivrée par l'autre employeur ou l'autre organisme assureur,
 - les salariés déjà présents dans l'entreprise au 31 décembre 2007, s'ils étaient déjà garantis sous couvert de leur conjoint ou concubin (union libre ou ayant conclu un PACS) assuré lui-même dans son emploi par un régime obligatoire de type familial. Pour bénéficier de cette dispense d'affiliation, le salarié doit en justifier chaque année à compter de 2008 au Service Prévoyance et Santé de la DRH par la production d'une attestation annuelle précisant d'une part son affiliation au régime de son conjoint et d'autre part le caractère familial à titre obligatoire de ce régime.
- ❷ Dans le cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple **doit** être affilié en propre, l'autre **pouvant** l'être en tant qu'ayant droit.

Ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de l'une de ces situations ou lorsqu'ils n'en auront pas justifié avant le 1^{er} mars de chaque année.

Chapitre

4

Régime sur-complémentaire

La Fraternelle a créé et gère, depuis le 1^{er} janvier 2008, un niveau de couverture sur-complémentaire à caractère facultatif.

Principe

Le principe de cette option est qu'en plus de la couverture complémentaire de base, **La Fraternelle** vous garantit, en contrepartie d'une cotisation supplémentaire, des prestations améliorées notamment dans les domaines des honoraires des médecins spécialistes, de l'optique, du dentaire (implants, prothèses, orthodontie, parodontologie), des dispositifs médicaux et de l'hospitalisation en service chirurgie (Cf. chapitre 7, colonne « remboursements du régime sur-complémentaire »).

Cotisation

Les taux et montants de cotisations sont précisés au chapitre 8 « Barème des cotisations annuelles ».

Changement de niveau de couverture

Les règles de gestion concernant le régime sur-complémentaire sont les suivantes :

- 1. Adhésion avec prise en charge immédiate** (qui vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit) :
 - dans les trois mois qui suivent la date d'effet de l'affiliation à la couverture complémentaire de base,
 - dans les trente jours qui suivent la date de changement de situation de famille (mariage ou conclusion d'un PACS, naissance ou adoption, divorce ou dissolution d'un PACS, veuvage),
 - dans tous les autres cas, après une période d'affiliation de deux ans minimum au régime complémentaire de base.
- 2. Adhésion avec prise en charge différée**

Dans les cas non visés au paragraphe 1 ci-dessus, l'adhésion à la couverture sur-complémentaire (qui vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit) prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande et la prise en charge des frais engagés intervient après un délai de carence de six mois pour l'ensemble des prestations de l'option. Toutefois, il n'y a pas de délai de carence lorsqu'il s'agit de frais consécutifs à un accident (tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'intéressé) survenu postérieurement à la date d'adhésion à la couverture sur-complémentaire.
- 3. Démission**

L'adhérent ne peut démissionner de la couverture sur-complémentaire qu'après deux ans minimum de cotisation à ce régime. La cessation des garanties (qui vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit) intervient à l'issue du dernier jour du mois civil qui suit la réception de la démission.

Tout changement de niveau de couverture (couverture complémentaire de base vers couverture sur-complémentaire et inversement) ne peut s'effectuer qu'une seule fois.

Chapitre 5

Modalités de remboursement

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission « NOEMIE » entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et **La Fraternelle**. Cependant, pour certains actes, des pièces complémentaires sont nécessaires (prothèses dentaires, optique, ...) et vous devez les adresser spontanément aux services de la mutuelle.

Dans le cadre de la loi « Informatique et Libertés », l'adhérent peut refuser cette télétransmission ; le remboursement interviendra alors sur présentation des originaux des décomptes de Sécurité sociale. Les remboursements des prestations sont effectués par virement sur le compte bancaire de l'adhérent et les décomptes lui sont adressés directement par la mutuelle.

Délai de présentation des dossiers : deux ans à compter de la date de la prescription des soins.

Délai de réclamation après un remboursement : trois mois à compter de son émission.

Justificatifs à fournir et règles de remboursement

• Garantie optique

La prise en charge par la mutuelle est limitée à un équipement (composé de 2 verres et d'une monture) par période de deux ans. Ainsi un assuré couvert par un même contrat plusieurs années de suite ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement pour l'acquisition d'un équipement d'optique sur une période de deux ans.

Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achève deux ans après. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Il est vivement conseillé de vous rendre chez un opticien agréé par **La Fraternelle** (consultez le site www.fraternelle-interentreprises.fr / Nos partenaires / Opticiens), grâce aux tarifs négociés et à nos accords de tiers payant, vous bénéficierez d'un reste à charge maîtrisé voire nul.

→ Opticien agréé : vous avez tout à y gagner !

Présentez-lui votre prescription de l'ophtalmologiste, votre carte Vitale et votre carte d'adhérent à **La Fraternelle**. Il établira alors –selon des tarifs mutualistes négociés– un devis qu'il transmettra lui-même à **La Fraternelle** pour accord. L'opticien se faisant régler par la SS et par la mutuelle, vous n'aurez alors à payer que le montant éventuel qui resterait à votre charge.

→ Opticien non agréé : demandez systématiquement un devis

Il est inutile et même déconseillé de préciser à l'opticien le montant du remboursement de la mutuelle. Il est de son devoir d'étudier vos besoins en fonction de la prescription et c'est à vous de discuter du prix des équipements qu'il vous propose et de négocier les tarifs afin que le montant que vous allez avancer ainsi que la somme qui restera à votre charge soient le plus faible possible.

L'opticien est tenu d'établir, de vous remettre gratuitement et sans engagement de votre part, un devis détaillé que nous vous demandons de transmettre **vous-même** à **La Fraternelle**.

Nous calculerons alors précisément la partie prise en charge par la Sécurité sociale, celle que vous remboursera **La Fraternelle** (régime complémentaire de base et, le cas échéant si vous y cotisez, régime sur-complémentaire) ainsi que le montant qui restera à votre charge. Il n'y a pas de tiers payant : vous devez acquitter puis transmettre la facture originale à **La Fraternelle**.

Cette facture détaillée de l'opticien doit indiquer le nom du bénéficiaire et le détail différencié des frais de verres ou de monture. Cette facture doit comporter les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale, la date de la prescription par l'ophtalmologue et la mention ou le cachet de l'opticien confirmant que la facture a été acquittée. Dans ces conditions, vous pouvez adresser cette facture à **La Fraternelle** sans attendre de recevoir le décompte de remboursement de la Sécurité sociale (ce dernier n'ouvre pas droit à un remboursement d'optique).

- **Lentilles**

Pour les verres de contact (lentilles cornéennes) non prises en charge par la Sécurité sociale, adressez directement à **La Fraternelle** l'original de la facture avec une copie de la prescription de l'ophtalmologue.

- **Prothèse dentaire**

Adresser à **La Fraternelle** la facture détaillée réglée à votre dentiste précisant la nature des soins et prothèses et mentionnant la codification des travaux effectués et le numéro des dents traitées. La date prise en considération pour le remboursement complémentaire est la date retenue par la Sécurité sociale comme date des soins.

- **Autres prothèses**

Adresser à **La Fraternelle** la facture détaillée comportant notamment la date de prescription, la mention ou le cachet confirmant que la facture a été acquittée par le patient et, le cas échéant, la mention "hors nomenclature". La date prise en compte pour le remboursement est la date retenue par la Sécurité sociale comme date de la prescription.

Le tiers-payant

Le tiers-payant est une convention passée entre la mutuelle et certaines professions de santé qui vous dispense de faire l'avance de frais dans le cadre des prestations garanties. Pour en bénéficier, vous devez présenter simultanément au professionnel de santé conventionné votre carte Vitale et votre carte de mutuelle. Le tiers-payant fonctionne pour les pharmacies, les laboratoires, les centres de radiologie, les opticiens agréés et pour l'hospitalisation (voir ci-dessous).

Attention ! En cas de tiers-payant partiel (part Sécurité sociale uniquement), vous devrez adresser spontanément à La Fraternelle, le reçu du ticket modérateur acquitté pour être remboursé(e).

Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Bien souvent, compte tenu de l'importance des frais à engager, la simple présentation de la carte de mutualiste ne suffit pas à la clinique ou à l'établissement hospitalier. Il est nécessaire de fournir une « prise en charge » établie par la mutuelle. Celle-ci devra être demandée par vous-même ou par l'établissement hospitalier aux services de la mutuelle au : ☎ **01 47 15 46 31** ou **01 47 15 46 28** (fax 01 47 15 47 71).

Chapitre

6

Changement de situation administrative

Vous devez signaler rapidement à **La Fraternelle** tout changement relatif à la gestion de votre dossier : changement d'adresse, changement de domiciliation bancaire, de situation de famille, etc...

Ajout ou suppression de bénéficiaires

En cas de changement de situation familiale (mariage ou conclusion d'un PACS, concubinage, divorce ou dissolution d'un PACS, naissance ou adoption, deuil...), vous devrez demander un ajout ou une suppression de bénéficiaires en remplissant un nouveau bulletin d'affiliation accompagné des pièces justificatives.

L'affiliation des nouveaux bénéficiaires prend effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'affiliation et les garanties prennent effet sans délai de stage à cette même date, à condition que la demande parvienne complète à la mutuelle.

De même, la suppression d'un membre bénéficiaire intervient au premier jour du mois suivant la réception de la demande (nouveau bulletin d'affiliation accompagné des pièces justificatives).

Les nouveau-nés font l'objet d'une exception et l'affiliation est effective dès leur naissance.

Après restitution de l'ancienne carte de mutuelle, vous recevrez en retour sous 8 jours une carte rectifiée.

Départ du salarié

Un régime d'accueil (loi Evin) est proposé au salarié dont le contrat de travail prend fin (bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une allocation de préretraite ou de retraite, ou d'une indemnisation chômage). La demande d'adhésion doit être faite auprès de la mutuelle dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail. Les cotisations seront réglées individuellement par l'adhérent par prélèvement bancaire (pour les retraités, dans certains cas, par retenue sur allocation de retraite).

Par ailleurs, dans le cas d'une rupture du contrat de travail ouvrant droit à une indemnisation par le régime d'assurance chômage, la couverture des frais de santé de l'ancien salarié est maintenue dans les mêmes conditions pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois de couverture (loi du 14 mai 2013 transposant l'ANI sur la sécurisation de l'emploi conclu le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux).

Pour bénéficier de ce maintien :

- l'ancien salarié doit retourner à la mutuelle le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage,
- l'ancien employeur doit remettre à la mutuelle les renseignements nécessaires.

Dans tous les cas de fin d'affiliation, il est impératif de retourner à **La Fraternelle** la carte de mutualiste en cours de validité.

Décès du salarié

En cas de décès du salarié, son conjoint et ses ayants-droits peuvent bénéficier du maintien de l'adhésion sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès du membre participant. Le règlement de la totalité de la cotisation (y compris la part employeur) est alors effectué individuellement par le conjoint survivant sur la base des cotisations du régime d'accueil.

Congés sans solde

En cas de suspension de contrat de travail sans rémunération, notamment en cas de congé parental, de congé de présence parentale, de congé sans solde, de congé sabbatique, de congé pour création d'entreprise, les garanties sont suspendues.

Toutefois, les salariés peuvent demander le maintien de leur couverture, sous réserve qu'ils prennent en charge la totalité (part salariale + part patronale) de la cotisation ("ISOLÉ" ou "FAMILLE") correspondante calculée sur la base de la moyenne des salaires bruts des derniers mois d'activité (maximum 12).

Les salariés dans cette situation doivent formaliser par écrit leur demande auprès de **La Fraternelle** avant la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Chapitre
7

Barèmes des garanties

- dans le respect du contrat responsable et du parcours de soins coordonné
- non prise en charge de la participation forfaitaire de l'assuré et de la franchise annuelle

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
ACTES MÉDICAUX		
* Consultations, visites médecins généralistes	100 % du TM	-
* Consultations, visites médecins spécialistes	Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	Médecins CAS : 150 % de la BR Médecins hors CAS : 70 % de la BR
* Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles	100 % du TM	-
* Analyses médicales		
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	18 €uros	
* Radiologie, échographie, imagerie médicale (ADI) * Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale * Actes techniques médicaux (ATM)	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	-
AUXILIAIRES MÉDICAUX & ACTES PARAMÉDICAUX		
* Soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, ...	100 % du TM	-
* Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles		
* Ostéopathie	50 % des FR dans la limite de 100 € / an / bénéficiaire	50 % des FR dans la limite de 100 € / an / bénéficiaire
* Acupuncture	-	
PHARMACIE		
* Pharmacie remboursée à 65 % ou à SMR majeur ou important	100 % du TM	-
* Pharmacie remboursée à 30 % ou à SMR modéré		
* Pharmacie remboursée à 15 % ou à SMR insuffisant ou faible	-	
* Nutriment pour intolérants au gluten	100 % du TM + 100 % de la BR	

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES		
* Soins, radiographies et consultations	100 % du TM	-
* Prothèses dentaires remboursées par SS (y compris implants) * Inlay/Onlay	100 % du TM + 210 % de la BR	210 % de la BR
* Prothèses dentaires prises en charge à 100 % par la SS * Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	210 % de la BR	
* Orthodontie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale	250 % de la BR	100 % de la BR
* Implants dentaires non remboursés par la SS	250 € / dent	250 € / dent
* Traitement parodontal non remboursé par la SS	30 % des FR dans la limite de 500 € / an / bénéficiaire	30 % des FR dans la limite de 500 € / an / bénéficiaire
* Autres soins dentaires (non remboursés SS, hors parodontologie)	30 % des FR dans la limite de 500 € / an / bénéficiaire	30 % des FR dans la limite de 500 € / an / bénéficiaire
HOSPITALISATION		
Service CHIRURGIE ou Service MÉDECINE		
* Actes de chirurgie ou d'anesthésie (ADC et ADA)	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR	Médecins CAS : 300 % de la BR Médecins hors CAS : 50 % de la BR
* Actes d'autres médecins spécialistes	Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	Médecins CAS : 150 % de la BR Médecins hors CAS : 70 % de la BR
* Actes de médecins généralistes et autres frais de séjour	100 % du TM	
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	18 €	
* Forfait hospitalier sans limitation de durée	18 € par jour	
* Chambre particulière en chirurgie avec séjour	70 € par jour	
* Chambre particulière en chirurgie ambulatoire	35 € par jour	-
* Chambre particulière en médecine avec séjour	70 € par jour (maxi 30 jours par an)	
* Chambre particulière en médecine ambulatoire	35 € par jour (maxi 30 jours par an)	
* Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfant -16 ans ou de personne non voyante ou handicapée	31 € par jour (maxi 30 jours par an)	
Service MATERNITÉ		
* Frais de séjour et dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement	Plafond de 382 €	-
* Chambre particulière	70 € par jour (maxi 12 jours)	30 € par jour (maxi 12 jours)
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 € (TM forfaitaire)	18 €	-

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
ACTES DE PRÉVENTION		
* Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % du ticket modérateur + 100 % de la BR	-
* Actes de prévention (arrêté du 8 juin 2006)	100 % du TM sur tous les actes	-
* Vaccins : Diphtérie, tétanos, poliomyélite et haemophilus influenzae B : tous âges, Coqueluche et hépatite B : avant 14 ans, BCG : avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Contre les infections invasives à pneumocoques : enfants avant 18 mois.	100 % du TM	-
DISPOSITIFS MÉDICAUX		
* Prothèse auditive * Autres prothèses ou appareillages médicaux	100 % du ticket modérateur + 450 % de la BR	150 % de la BR
* Dispositifs compl. d'aide auditive / entretien appareil auditif (hors piles)	100 % des FR dans la limite de 150 € / an / famille	100 % des FR dans la limite de 150 € / an / famille
AUTRES FRAIS		
* (Ambulance...)	100 % du TM	-
* Assistance personne à domicile pour tâches ménagères (pendant la durée légale du congé de maternité ou, sur prescription médicale pour période limitée à 90 jours, après hospitalisation médicale / chirurgicale ou en faveur des personnes seules reconnues handicapées)	13 € / heure (maxi 90 heures par an)	2 € / heure (maxi 90 heures par an)
* Séjour à l'hôpital thermal	100 % du TM + 305 €	-
* Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	Allocation forfaitaire de 305 €	
* Honoraires pour établissement du certificat médical à joindre au dossier de demande ou de renouvellement de la RQTH	100 % des FR dans la limite de 120 € / bénéficiaire	
* Verres de contact prescrits non remboursés par la SS	Plafond annuel 200 € / bénéficiaire	-
* Chirurgie réfractive	500 € par œil	300 € par œil

CAS : médecin ayant signé un contrat d'accès aux soins BR = base de remboursement TM = ticket modérateur FR = frais réels

ÉQUIPEMENT OPTIQUE									
Éléments de l'équipement *	Remboursement de la Sécurité sociale						Plafond de remboursement de la Fraternelle * comprenant le ticket modérateur		
	18 ans et +			- de 18 ans			Complémentaire de base	Sur-complémentaire	
	Code LPP	BR	RSS	Code LPP	BR	RSS			
MONTURE									
1 monture	2223342	2,84 €	1,70 €	2210546	30,49 €	18,29 €	Monture incluse dans le plafond du verre **		
VERRES UNIFOCAUX (SIMPLE FOYER)									
1 verre, sphère de -6,00 à +6,00	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	150,00 €	50,00 €	
1 verre, cylindre ≤ +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	150,00 €	50,00 €	
1 verre, sphère de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	2263459, 2265330 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	2243304, 2243540 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre ≤ +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	2235776, 2295896	7,62 €	4,39 €	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	300,00 €	75,00 €	
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS									
1 verre sphérique, sphère de -4,00 à +4,00	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre sphéro-cylindrique, sphère de -8,00 à +8,00	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	350,00 €	75,00 €	
1 verre sphéro-cylindrique, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	350,00 €	75,00 €	

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale **RSS** = remboursement de la Sécurité sociale (égal à BR x 60%)

Code LPP = Codification de la monture et des verres issue de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie

* La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) s'effectue par période de 2 ans qui débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement et s'achève 2 ans après.
Par dérogation cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

** Le plafond de 150 € pour la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres

Chapitre

8

Barèmes des cotisations annuelles

Le régime complémentaire de base étant collectif et obligatoire, ses cotisations sont déductibles du revenu imposable. La DRH, chargée de précompter les cotisations sur les bulletins de salaire, les déduit automatiquement au fur et à mesure de votre salaire imposable.

Ce régime fait l'objet d'un financement conjoint de l'employeur (50 %) et des salariés (50 %), la participation du Comité d'entreprise étant imputée sur la part de cotisation des salariés qu'elle vient diminuer.

En revanche, les cotisations du régime optionnel sur-complémentaire sont entièrement financées par les souscripteurs et ne sont pas déductibles fiscalement.

COTISATIONS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE		
	Cotisation salariale	Cotisation patronale et Participation du C.E.
FAMILLE	1,2886 % du salaire brut annuel <ul style="list-style-type: none"> • limité à 2 plafonds de la Sécurité sociale, • avec un minimum de 0,758 % du plafond de la SS. 	2,1114 % du salaire brut annuel <ul style="list-style-type: none"> • limité à 2 plafonds de la Sécurité sociale, • avec un minimum de 1,242 % du plafond de la SS.
ISOLÉ (1)	0,6443 % du salaire brut annuel <ul style="list-style-type: none"> • limité à 2 plafonds de la Sécurité sociale, • avec un minimum de 0,379 % du plafond de la SS. 	1,0557 % du salaire brut annuel <ul style="list-style-type: none"> • limité à 2 plafonds de la Sécurité sociale, • avec un minimum de 0,621 % du plafond de la SS.

(1) Uniquement dans les cas prévus au chapitre 2

COTISATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL		
Sur-complémentaire (2) <ul style="list-style-type: none"> • Famille • Isolé 	432,00 € 216,00 €	

(2) Divisible au mois