

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES TRANSPORTS ROUTIERS ET DES ACTIVITES AUXILIAIRES DU TRANSPORT

ACCORD DU 15 AVRIL 2013 PORTANT CREATION D'UNE OBLIGATION CONVENTIONNELLE DE
SOUSCRIRE UN SOCLE MINIMAL DE "PROTECTION SANTE"
DANS LES ENTREPRISES EXERCANT
DES ACTIVITÉS DE TRANSPORT SANITAIRE

Conclu entre :

- La Fédération Nationale des Transports Sanitaires (**FNTS**), représentée par Olivier ASSIE,
- L'Organisation des Transporteurs Routiers Européens (**OTRE**), représentée par Jean-Marc RIVERA,
- La Fédération Nationale des Artisans Ambulanciers (**FNAA**), représentée par Jean-Louis DARGENT,
- La Fédération Nationale des Ambulanciers Privés (**FNAP**), représentée par Bernard PELLETIER,
- L'Union des Fédérations de Transport (UFT), mandatée par la Chambre Nationale des Services d'Ambulance (**CNSA**), représentée par

D'une part,

- La Fédération générale **CFTC** des transports, représentée par
- La Fédération générale des transports et de l'équipement **FGTE-CFDT**, représentée par
- La Fédération nationale des chauffeurs routiers **FNCR**, représentée par
- La Fédération nationale des syndicats de transports **CGT**, représentée par
- La Fédération nationale des transports et de la logistique **FO-UNCP**, représentée par
- Le Syndicat national des activités du transport et du transit **CFE-CGC**, représenté par

D'autre part.

PREAMBULE

Les partenaires sociaux du transport Sanitaire affirment leur volonté de contribuer à l'amélioration de la protection sociale des salariés des entreprises de ce secteur d'activité.

Sans préjudice des réflexions déjà initiées visant à étudier la faisabilité de l'élargissement de certains dispositifs en vigueur, les partenaires sociaux représentant les activités du transport sanitaire estiment que la mise en place, au niveau conventionnel, d'un socle minimal de protection santé dans les conditions fixées par le présent accord répond à leur volonté :

- de couvrir l'ensemble des salariés du secteur et de pouvoir s'assurer de l'effectivité de cette généralisation de la couverture ;
- de sécuriser le régime mis en place, notamment financièrement, et de faire bénéficier les salariés concernés d'une réelle solidarité ;
- de donner un sens à la politique de prévention en matière de santé que doivent promouvoir les partenaires sociaux ;
- de garantir à tous les salariés du secteur l'unicité du coût de la couverture et sa stabilité tarifaire.

Les dispositions du présent accord s'inscrivent dans le cadre des "contrats responsables" conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

La création d'une couverture de cette nature, au niveau de la branche, ne saurait remettre en cause les contrats « complémentaire santé » obligatoires préexistant dans les entreprises ayant anticipé cette démarche d'avancée sociale, et respectant les dispositions applicables lors de la mise en œuvre du présent accord en entreprise.

Au regard de la réalité structurelle des entreprises du transport sanitaire (le tissu des entreprises du transport sanitaire étant majoritairement constitué de petites, voire très petites entreprises), le présent accord est porteur d'une clause de désignation de l'organisme assureur afin d'élargir la couverture de la mutualisation et ce, pour contribuer à la maîtrise des engagements financiers qu'il implique.

ARTICLE 1. CHAMP D'APPLICATION

a) Entreprises

Le présent accord est applicable aux entreprises de transport sanitaire enregistrées sous le code NAF visé ci-dessous relevant du champ d'application de la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport :

NAF REV 2		NAF REV 1	
Ambulances	86.90 A	Ambulances	851 J

b) Salariés bénéficiaires

Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble des salariés, quelle que soit la nature du contrat (ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) des entreprises susvisées dès lors qu'ils justifient d'une ancienneté dans l'entreprise d'au moins six mois. Ce délai est préfix et n'est susceptible ni de suspension, ni d'interruption.

Peuvent être dispensés d'adhésion :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L 863-1 du Code de la Sécurité sociale jusqu'à l'échéance du contrat ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si celle-ci est postérieure jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (arrêté relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises).

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

c) Ayants droit

Les salariés visés au point b) de l'article 1 du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint couvert ou non par la Sécurité Sociale à titre d'ayant droit du salarié.
Est assimilé au conjoint :
 - le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la Sécurité Sociale faisant foi)
 - la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- l(es) enfant(s) de moins de vingt-et-un ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la Sécurité Sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur vingt-sixième anniversaire :

- pour les enfants affiliés à la Sécurité Sociale des étudiants ;
- pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ;

- pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 2. GARANTIES DU REGIME

Les prestations (nature et niveau) du régime de base de la « complémentaire santé » figurent en annexe.

Ce régime peut être complété de deux régimes optionnels au choix du salarié qui figurent également en annexe.

Ces régimes peuvent être complétés par deux autres régimes, dits améliorés et à caractère collectif, figurant en annexe.

La couverture exclut la prise en charge :

- des dépassements d'honoraires autorisés, à l'exception de ceux visés par l'article R-871-2 du code de la Sécurité Sociale ;
- de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins ;
- de la participation forfaitaire pesant sur l'assuré pour les actes et consultations visés à l'article L. 322-2 II du code de la Sécurité Sociale ;
- des franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires relevant de l'article L. 322-2 III du code de la Sécurité Sociale.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale - comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire - qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime. (Cf. annexe)

L'organisme assureur procède aux versements des prestations :

- au vu des décomptes originaux des prestations en nature ;
- grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ;
- sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

ARTICLE 3. CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR

En application de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale et sans préjudice de l'article 7 du présent accord, les partenaires sociaux ont décidé d'organiser une mutualisation des risques pour une durée de cinq ans auprès de l'organisme désigné comme assureur :

**CARCEPT-Prévoyance,
Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale
174 rue de Charonne – 75128 PARIS Cedex 11**

Une convention est établie entre les partenaires sociaux signataires du présent accord et l'organisme désigné. Celle-ci devra en outre préciser :

- les modalités d'information des entreprises et de l'ensemble des salariés du secteur professionnel sur le contenu du présent accord, y compris les régimes optionnels et améliorés, ainsi que la prise en charge des ayants-droits,
- la méthodologie qu'elle entend adopter pour contrôler l'application de l'accord en entreprise, et notamment la conformité des contrats préexistants conformément aux dispositions prévues à l'article 7,

Il est annexé à ladite convention un document récapitulatif de l'ensemble des garanties proposées.

Le choix de l'organisme assureur désigné sera réexaminé par la Commission spécifique « Appel d'offres » visée à l'article 10 au plus tard dans les six mois qui précèdent l'expiration de la période de cinq ans rappelée ci-dessus, conformément aux dispositions de l'article L 912-1 du code de la Sécurité Sociale.

En cas de changement d'organisme assureur désigné, ce changement devra se faire sans rupture temporelle de la couverture des salariés au titre de la « complémentaire santé ».

ARTICLE 4. OBLIGATION DE L'ORGANISME ASSUREUR

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur :

- l'entreprise employeur est tenue de remettre à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime de protection santé ainsi qu'à tout nouvel embauché une notice d'information sur ledit régime ; cette notice est établie sous la responsabilité de l'organisme assureur ;
- l'organisme assureur désigné est tenu de :
 - garantir la prise en charge de la suite des états pathologiques antérieurs à l'entrée en application du présent accord ;
 - proposer une gamme de garanties complémentaires facultatives pour le salarié et/ou ses ayants droits. L'adhésion à ces garanties complémentaires est facultative et son coût, en l'absence de disposition spécifique en entreprise, repose intégralement sur le salarié.

En outre, sous réserve de l'évolution de la réglementation sociale et fiscale et des niveaux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, il est demandé à l'organisme assureur visé par l'article 3 du présent accord de garantir pour cinq ans aux entreprises et aux salariés une stabilité tarifaire et de couverture, quelles que soient les modalités de mise en œuvre retenues par ledit organisme assureur.

ARTICLE 5. FINANCEMENT

L'entreprise est tenue de consacrer au financement du régime de base figurant en annexe au présent accord un montant minimal équivalent à 0,5 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) par salarié et par mois.

Pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace - Moselle, le montant minimal est de 0,3 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) par salarié et par mois.

La cotisation totale (part patronale et part salariale) au régime de base obligatoire de branche est :

- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime général : de 1 % du PMSS par salarié et par mois ;
- pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle : de 0,6 % du PMSS par salarié et par mois.

La cotisation est due, pour chaque salarié bénéficiaire, au terme du sixième mois civil entier suivant l'embauche. En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, démission ou rupture conventionnelle) au cours du mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due.

ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES ET CAS DE MAINTIEN DES DROITS

En dehors de l'hypothèse visée à l'article 12 du présent accord, l'adhésion prend fin en cas de décès ou de rupture du contrat du salarié (départ en retraite sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié, pour la durée du dernier contrat de travail en vigueur dans l'entreprise, appréciée en mois entier dans la limite de neuf mois, avec effet au premier jour du mois qui suit la rupture du contrat de travail. Cette disposition pourra évoluer selon les modifications législatives à venir.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires de la portabilité :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle,

- dès qu'ils ne peuvent plus justifier du statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- au plus tard au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article 14 de l'ANI,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- en cas de décès.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelle que cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prorogée d'autant.

- les bénéficiaires du mécanisme de maintien des couvertures santé de l'article 4 de la Loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant six mois, le point de départ de ce délai de six mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de maintien des droits, à défaut de mécanisme de mutualisation, la cotisation salariale de financement du régime est à la charge de l'ancien salarié et prélevée selon les modalités prévues par le contrat signé entre l'entreprise et l'organisme assureur. En cas de changement d'organisme assureur pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation.

ARTICLE 7. MISE EN ŒUVRE EN ENTREPRISE

Les entreprises visées à l'article 1° doivent adhérer à l'organisme assureur désigné à l'article 3 à compter du **1^{er} janvier 2014**, les entreprises pouvant toutefois adhérer librement avant cette date.

En application des dispositions de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale, les contrats préexistants en entreprise avant la date de mise en œuvre seront considérés conformes au présent accord sous réserve que toutes les garanties (hormis les actes de prévention) définies dans leurs contrats soient, risque par risque, de niveau supérieur aux garanties définies dans le régime de base du présent accord.

ARTICLE 8. COMMISSION DE SUIVI DE L'ACCORD

Il est institué, dans le cadre de la Commission Nationale d'Interprétation et de Conciliation, une Commission nationale de Suivi, composée des organisations professionnelles et syndicales représentatives signataires ou adhérentes au présent accord, chargée :

- de traiter des éventuelles difficultés d'interprétation et d'application de ses dispositions ;
- d'évaluer plus particulièrement les conditions et les difficultés liées à la transférabilité du droit à la « complémentaire santé » ;

- de s'assurer du respect des dispositions de l'article 7 du présent accord, de gérer les litiges liés aux conditions d'applications dudit article et de décider conjointement avec l'organisme désigné les dossiers à porter en contentieux qui lui seront soumis sur l'appréciation de la notion du «risque par risque, de niveaux supérieurs aux garanties définies dans le régime de base du présent accord.

Les représentants de l'organisme assureur désigné assistent aux réunions sauf lorsque la commission statue en interprétation du présent accord.

Cette commission se réunira pour la première fois dans les trois mois à compter de la date d'application prévue à l'article 11 du présent accord, aux fins de signatures de la convention avec l'opérateur désigné.

ARTICLE 9. COMMISSION FINANCIERE

Afin de suivre l'évolution financière du régime mis en place par l'organisme assureur désigné et d'en contrôler l'équilibre, il est instauré une Commission Financière. Celle-ci sera composée de deux représentants par organisations professionnelles et syndicales représentatives.

Les représentants de l'organisme assureur désigné assistent aux réunions.

ARTICLE 10. COMMISSION SPECIFIQUE «APPEL D'OFFRES»

Une commission spécifique « Appel d'offres », composée de l'ensemble des organisations syndicales et patronales représentatives dans le transport sanitaire est créée par le présent accord.

Cette commission spécifique est notamment chargée, tous les cinq ans :

- d'élaborer le cahier des charges ;
- de lancer l'appel d'offres ;
- d'analyser les réponses à l'appel d'offres selon les modalités d'attribution définies par le cahier des charges ;
- d'arrêter le ou les organisme(s) assureur(s) désigné(s).

ARTICLE 11. ENTREE EN APPLICATION DE L'ACCORD

Le présent accord entre en application à sa date de signature.

ARTICLE 12. DENONCIATION ET MODIFICATION

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 13. DEPOT ET EXTENSION

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt à la Direction Générale du Travail du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-2 et L. 2261-15 du Code du travail.

Fait à Paris, le 15 avril 2013.

Fédération nationale des transports sanitaires (**FNTS**)

Organisation des Transporteurs Routiers Européens
(**OTRE**)

Fédération nationale des ambulanciers privés (**FNAP**)

Fédération nationale des artisans ambulanciers
(**FNAA**)

Union des Fédérations de Transport (UFT)
Mandatée par la Chambre Nationale des Services
d'Ambulance (**CNSA**)

Fédération générale **CFTC** des transports

Fédération générale des transports et de l'équipement
FGTE-CFDT

Fédération nationale des chauffeurs routiers **FNCR**

Fédération nationale des syndicats de transports **CGT**

Fédération nationale des transports et de la logistique
FO-UNCP

Syndicat national des activités du transport et
du transit **CFE-CGC**

Dépôt à la Direction Générale du Travail du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du
Dialogue Social

le

sous le n°

ACCORD RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME CONVENTIONNEL DE PROTECTION SOCIALE
DANS LE TRANSPORT SANITAIRE

Annexe

Nature	RÉGIME GENERAL				
	Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels				
	Régime conventionnel base	Régime Optionnel n° 1	Facultatif n° 2	Régime Amélioré Collectif n° 1	Régime Amélioré Collectif n° 2
Soins courants					
Consultations - Visites généralistes	30 % BR	85 % BR	130 % BR	95 % BR	150 % BR
Consultations - Visites spécialistes	30 % BR	85 % BR	130 % BR	90 % BR	150 % BR
Actes de chirurgie	30 % BR	85 % BR	130 % BR	90 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	40 % BR	40 % BR	130 % BR	40 % BR	150 % BR
Examens - Analyses laboratoires	40 % BR	40 % BR	130 % BR	40 % BR	150 % BR
Radiologie	30 % BR	30 % BR	130 % BR	30 % BR	150 % BR
Transport	60 % BR	65 % BR	130 % BR	85 % BR	150 % BR
Pharmacie					
Pharmacie à 65%	35 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Pharmacie à 30%	70 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR
Pharmacie à 15%	85 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR
Hospitalisation					
Frais de séjour	20 % BR	105 % BR	180 % BR	110 % BR	200 % BR
Chambre particulière	1 % du PMSS / jour	1,2 % du PMSS / jour	2 % du PMSS / jour	1,5 % du PMSS / jour	2,5 % du PMSS / jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)	1 % du PMSS / jour	1,2 % du PMSS / jour	1,4 % du PMSS / jour	1,5 % du PMSS / jour	2 % du PMSS / jour
Honoraires - Actes chirurgicaux	20 % BR	105 % BR	180 % BR	110 % BR	200 % BR
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge
Forfait Naissance ou adoption	-	6 % du PMSS	12 % du PMSS	6 % du PMSS	12 % du PMSS
Optique	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles
Monture	4 % du PMSS	4,5 % du PMSS	Adulte : 5,5 % du PMSS Enfant : 5 % du PMSS	5 % du PMSS	Adulte : 6 % du PMSS Enfant : 5,3 % du PMSS
Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	4,2 % du PMSS	5,7 % du PMSS	Adulte : 8,5 % du PMSS Enfant : 5,7 % du PMSS	6,6 % du PMSS	Adulte : 9 % du PMSS Enfant : 6 % du PMSS
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	5,3 % du PMSS	7 % du PMSS	Adulte : 13 % du PMSS Enfant : 7 % du PMSS	8 % du PMSS	Adulte : 14 % du PMSS Enfant : 7 % du PMSS
Lentilles acceptées par la SS	6 % du PMSS	7,5 % du PMSS	8,5 % du PMSS	9 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie laser myopie (par œil)	-	8 % du PMSS	10 % du PMSS	8 % du PMSS	10 % du PMSS
Dentaire					
Soins et suivi dentaire, détartrage ...	40 % BR	110 % BR	140 % BR	115 % BR	150 % BR
Prothèses remboursables	80 % BR	130 % BR	245 % BR	150 % BR	265 % BR
Prothèses non remboursables	-	110 % BRR	220 % BRR	110 % BRR	220 % BRR
Orthodontie remboursable	50 % BR	120 % BR	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Orthodontie non remboursable	-	100 % BRR	100 % BRR	100 % BRR	100 % BRR
Implants (par an/bénéficiaire)	-	-	7 % du PMSS	-	8 % du PMSS
Divers					
Prothèses orthopédie	40 % BR	85 % BR	105 % BR	95 % BR	115 % BR
Appareil auditif	40 % BR	85 % BR	105 % BR	90 % BR	105 % BR
Cure Thermale :					
Honoraires et forfait	-	-	100 % TM	-	100 % TM
Transport et hébergement (par an/bénéficiaire)	-	-	7 % du PMSS	-	8 % du PMSS
Ostéopathie, acupuncture (forfait)	80 € par an et par bénéficiaire	130 € par an et par bénéficiaire	170 € par an et par bénéficiaire	140 € par an et par bénéficiaire	180 € par an et par bénéficiaire
Patch sevrage anti-addictions (sur validation de devis ou intervention de la CNAM)	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant	oui	oui	oui	oui	oui

PMSS= Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 086 € en 2013)

BR= Base de remboursement de la Sécurité sociale - FR=Frais réels - BRR= Base de remboursement reconstituée - TM=Ticket modérateur

ACCORD RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME CONVENTIONNEL DE PROTECTION SOCIALE
DANS LE TRANSPORT SANITAIRE

Annexe

Nature	RÉGIME LOCAL					
	Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels					
	Régime conventionnel base	Régime Optionnel Facultatif n° 1	Régime Optionnel n° 2	Facultatif	Régime Amélioré Collectif n° 1	Régime Amélioré Collectif n° 2
Soins courants						
Consultations - Visites généralistes	10 % BR	65 % BR	110 % BR		75 % BR	130 % BR
Consultations - Visites spécialistes	10 % BR	65 % BR	110 % BR		70 % BR	130 % BR
Actes de chirurgie	10 % BR	65 % BR	110 % BR		70 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux	10 % BR	10 % BR	100 % BR		10 % BR	120 % BR
Examens - Analyses laboratoires	10 % BR	10 % BR	100 % BR		10 % BR	120 % BR
Radiologie	10 % BR	10 % BR	110 % BR		10 % BR	130 % BR
Transport	35 % BR	40 % BR	105 % BR		60 % BR	125 % BR
Pharmacie						
Pharmacie à 90 %	10 % BR	10 % BR	10 % BR		10 % BR	10 % BR
Pharmacie à 80 %	20 % BR	20 % BR	20 % BR		20 % BR	20 % BR
Pharmacie à 15 %	85 % BR	85 % BR	85 % BR		85 % BR	85 % BR
Hospitalisation						
Frais de séjour	10 % BR	95 % BR	170 % BR		100 % BR	190 % BR
Chambre particulière	1 % du PMSS / jour	1,2 % du PMSS / jour	2 % du PMSS / jour		1,5 % du PMSS / jour	2,5 % du PMSS / jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)	1 % du PMSS / jour	1,2 % du PMSS / jour	1,4 % du PMSS / jour		1,5 % du PMSS / jour	2 % du PMSS / jour
Honoraires - Actes chirurgicaux	10 % BR	95 % BR	170 % BR		100 % BR	190 % BR
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR		100 % FR	100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge		Prise en charge	Prise en charge
Forfait Naissance ou adoption	-	6 % du PMSS	12 % du PMSS		6 % du PMSS	12 % du PMSS
Optique	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles		Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes, annuel pour les enfants : lunettes ou lentilles
Monture	4 % du PMSS	4,5 % du PMSS	Adulte : 5,5 % du PMSS Enfant : 5 % du PMSS		5 % du PMSS	Adulte : 6 % du PMSS Enfant : 5,3 % du PMSS
Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	4,2 % du PMSS	5,7 % du PMSS	Adulte : 8,5 % du PMSS Enfant : 5,7 % du PMSS		6,6 % du PMSS	Adulte : 9 % du PMSS Enfant : 6 % du PMSS
Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	5,3 % du PMSS	7 % du PMSS	Adulte : 13 % du PMSS Enfant : 7 % du PMSS		8 % du PMSS	Adulte : 14 % du PMSS Enfant : 7 % du PMSS
Lentilles acceptées par la SS	6 % du PMSS	7,5 % du PMSS	8,5 % du PMSS		9 % du PMSS	10 % du PMSS
Chirurgie laser myopie (par œil)		8 % du PMSS	10 % du PMSS		8 % du PMSS	10 % du PMSS
Dentaire						
Soins et suivi dentaire, détartrage ...	20 % BR	90 % BR	120 % BR		95 % BR	130 % BR
Prothèses remboursables	60 % BR	110 % BR	225 % BR		130 % BR	245 % BR
Prothèses non remboursables	-	110 % BRR	220 % BRR		110 % BRR	220 % BRR
Orthodontie remboursable	50 % BR	120 % BR	120 % BR		120 % BR	120 % BR
Orthodontie non remboursable	-	100 % BRR	100 % BRR		100 % BRR	100 % BRR
Implants (par an/bénéficiaire)	-	-	7 % du PMSS		-	8 % du PMSS
Divers						
Prothèses orthopédie	10 % BR	55 % BR	75 % BR		65 % BR	85 % BR
Appareil auditif	10 % BR	55 % BR	75 % BR		60 % BR	75 % BR
Cure Thermale :						
Honoraires et forfait	-	-	100 % TM		-	100 % TM
Transport et hébergement (par an/bénéficiaire)	-	-	7 % du PMSS		-	8 % du PMSS
Ostéopathie, acupuncture (forfait)	80 € par an et par bénéficiaire	130 € par an et par bénéficiaire	170 € par an et par bénéficiaire		140 € par an et par bénéficiaire	180 € par an et par bénéficiaire
Patch sevrage anti-addictions (sur validation de devis ou intervention de la CNAM)	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire		30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant	oui	oui	oui		oui	oui

PMSS= Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 086 € en 2013)

BR= Base de remboursement de la Sécurité sociale - FR=Frais réels - BRR= Base de remboursement reconstituée - TM=Ticket modérateur