

Point 1 - Information et consultation sur le projet d'accord d'entreprise relatif au dispositif de couverture complémentaire santé et sur le projet de mise en place d'un contrat collectif de prévoyance

**Projet d'accord d'entreprise relatif au dispositif de
Couverture Complémentaire Santé
de la Banque de France**

Préambule :

Dans le cadre de ses initiatives en matière de responsabilité sociale, et soucieuse de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses personnels et de leurs familles, la Banque de France a souhaité mettre en place un dispositif de protection complémentaire santé qui offre une couverture collective et obligatoire de qualité à ses salariés et qui donne la possibilité de bénéficier de la poursuite d'une telle couverture à ses retraités qui le souhaitent. Cet objectif s'inscrit aussi dans le cadre d'une politique active de recrutement et de fidélisation d'un personnel aux compétences adaptées aux enjeux de l'entreprise.

Pour faire bénéficier ses salariés d'un cadre social et fiscal avantageux, le nouveau dispositif a été conçu en conformité avec la loi n° 2003-775 du 21.8.2003 portant réforme des retraites (dite loi Fillon) ; il est aussi conforme aux lois n° 2004-810 du 13.8.2004 relative à l'assurance maladie (contrats responsables) et n° 89-1009 du 31.12.1989 (dite loi Evin) ainsi qu'à leurs textes d'application. Le nouveau dispositif est constitué d'une couverture obligatoire pour les actifs et accessible aux retraités et aux ayants-droit mais aussi d'une couverture supplémentaire facultative.

La Banque a choisi d'instaurer ces nouvelles garanties par voie d'accord d'entreprise et l'avis de marché diffusé au JOUE le 20 janvier 2009 prévoyait que le contrat avec l'Attributaire du marché finalement sélectionné ne pourrait être conclu que sous réserve de la signature de cet accord. Les négociations en vue de la conclusion de cet accord se sont déroulées entre mars 2008 et septembre 2009, en s'appuyant notamment sur les travaux d'un groupe de travail paritaire spécialisé qui s'est réuni à 20 reprises entre septembre 2008 et septembre 2009.

Article 1^{er} : Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet d'instituer en conformité avec les dispositions de l'article 83 du Code Général des Impôts et de l'article L 242-1 du Code de la sécurité sociale un régime complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire au profit des salariés de la Banque de France tels que définis à l'article 2 ci-dessous.

Article 2 : Bénéficiaires

a) Principe général

Sont adhérents à titre obligatoire au barème de référence : l'ensemble des salariés actifs ou en position d'activité ayant au moins 3 mois d'ancienneté consécutive dans l'entreprise.

Dans le cas de couples dont les deux membres travaillent à la Banque de France, les deux salariés sont adhérents à titre obligatoire.

Le présent accord et ses modifications ultérieures s'imposent obligatoirement aux salariés actifs ou en position d'activité visés ci-dessus.

Ces salariés actifs ou en position d'activité pourront par ailleurs adhérer à titre facultatif et individuel au barème optionnel, dont le surcoût est entièrement à leur charge.

b) Dérogations

Peuvent être dispensés d'adhérer les salariés visés par la circulaire DSS 5B/2009/32 du 30 janvier 2009, complétée par la lettre de la Direction de la Sécurité Sociale du 29 mai 2009, et en particulier :

- les titulaires d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois et les autres salariés titulaires d'un CDD de plus de 12 mois s'ils demandent à être dispensés en justifiant de la couverture souscrite par ailleurs ;
- les salariés qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire obligatoire au moment de la mise en place du nouveau dispositif (par exemple les salariés déjà couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint) ; le salarié doit justifier chaque année de cette couverture obligatoire. Les salariés embauchés postérieurement à la date de mise en place du dispositif, ainsi que ceux qui cessent de demander à être dispensés, sont tenus d'adhérer ;
- les salariés qui sont déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel ; cette dispense ne vaut que pour les salariés présents dans l'entreprise à la date de l'entrée en vigueur du régime obligatoire ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples, par exemple dans le cadre de vacations).

Sauf dans les cas de CDD inférieurs à 12 mois, pour lesquels la dispense d'affiliation est de droit, les demandes de dispenses d'adhésion au régime obligatoire sont formulées auprès de la DGRH-DAP par écrit et accompagnées des pièces justificatives.

c) En cas de suspension de la relation de travail ou du contrat de travail, le régime obligatoire est maintenu dans les mêmes conditions que pour les actifs tant qu'il y a maintien total ou partiel du salaire ; l'assuré devient adhérent à titre facultatif et sa cotisation n'est plus subventionnée par l'employeur en cas de suspension totale du salaire, pour plus de 30 jours consécutifs. Par exception à ce principe, la subvention de l'employeur continuera à être versée, avec application des règles fiscales et sociales régissant les adhésions facultatives, au profit du salarié dont le salaire est entièrement suspendu pour des raisons liées à son état de santé ou en cas de congé parental d'éducation, mais qui choisit de continuer à cotiser au régime obligatoire.

d) Adhésion à titre facultatif

Peuvent adhérer à titre accessoire et facultatif aux régimes obligatoire et supplémentaire : les ayants droit, soit conjoints, enfants et ascendants, des actifs et des retraités.

Sont considérés comme conjoints au titre du présent accord : personne mariée, vivant maritalement ou en concubinage, ou liée par un PACS avec l'actif ou le retraité.

Sont considérés comme enfants au titre du présent accord : les enfants légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis de moins de 28 ans à la charge fiscale de l'assuré (l'assuré étant le salarié ou retraité, ou son conjoint adhérent au régime) ou pour lesquels l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou

pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenus égaux ou supérieurs au SMIC (appréciés en moyenne mensuelle sur l'année calendaire écoulée).

Les enfants adultes handicapés de plus de 28 ans fiscalement à charge du salarié peuvent être garantis sous réserve qu'ils perçoivent des revenus inférieurs au SMIC et qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité à un taux égal ou supérieur à 79% ou bénéficiaires de l'allocation légale aux adultes handicapés.

Les ascendants ne peuvent adhérer que s'ils ne sont pas imposables à titre personnel et s'ils sont à la charge fiscale de l'assuré ou de son conjoint adhérent au régime.

L'affiliation des ayants droit dure aussi longtemps que l'affiliation à titre principal du salarié, sauf dénonciation par l'ayant droit du salarié. La perte par le salarié de la qualité d'assuré entraîne automatiquement la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit.

Les ayants droit d'un salarié décédé continuent à bénéficier des garanties complémentaires santé pendant au moins 12 mois, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Attributaire dans les 6 mois qui suivent le décès du salarié.

Les salariés mis à disposition en poste à l'étranger peuvent continuer à être couverts au titre de leurs frais de santé, au moins pour leurs dépenses en France, et les agents détachés, sans maintien du traitement, peuvent utiliser le régime en tant que couverture « surcomplémentaire » s'ils souhaitent y rester adhérents.

Article 3 : Maintien de la couverture complémentaire santé à titre individuel et facultatif dans le cadre des « sorties de groupe »

Le présent régime s'adresse exclusivement aux salariés de la Banque de France tel que définis à l'article 2 précédent.

En application de l'article 4 de la loi Evin, les personnes listées ci-après, anciens salariés de la Banque de France, pourront demander directement à l'Attributaire le maintien de leur couverture complémentaire santé dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur relation ou contrat de travail :

- agents retraités éligibles à une pension versée par la Caisse de Réserve de la Banque,
- agents bénéficiaires d'une rente d'incapacité, agents invalides bénéficiant d'une pension d'invalidité versée par la Caisse de Réserve de la Banque ou par la Sécurité Sociale,
- veufs, veuves et orphelins éligibles à une pension de réversion versée par la Caisse de Réserve de la Banque,
- agents retraités qui sont susceptibles de percevoir des compléments de pension ou des allocations complémentaires annuelles,
- veufs, veuves et orphelins susceptibles de percevoir, à titre de réversion, ces compléments de pension ou allocations complémentaires annuelles,
- agents licenciés après l'entrée en vigueur du nouveau dispositif, ayant conclu une convention individuelle de rupture, démissionnaires percevant un revenu de remplacement ou admis à la retraite à la fin de leur contrat avec la Banque.

Ils seront alors accueillis dans un régime spécifique et indépendant de celui des salariés de la Banque de France. Ce même régime est ouvert aux adhésions facultatives et individuelles des agents déjà retraités à la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif.

Article 4 : Prestations complémentaires Santé :

Les barèmes de remboursement sont présentés en annexe 1 : le barème de référence est obligatoire pour les actifs et accessible aux adhérents à titre facultatif ; le barème optionnel correspond au barème auquel tous les bénéficiaires peuvent choisir de souscrire en complément du barème précédent, la cotisation additionnelle étant à la seule charge de l'assuré.

Ces garanties sont accessibles sans conditions, ni de sélection médicale ni de délai de carence ni de droit d'entrée aux adhérents obligatoires et aux retraités qui choisissent d'adhérer dans les 6 mois qui suivent leur départ. Ces mêmes conditions s'appliquent aux adhésions facultatives qui s'effectuent dans les 3 mois suivant l'entrée en vigueur du dispositif, et ensuite dans les 3 mois suivant le fait générateur de leur situation (par exemple mariage, naissance, congé sans traitement).

Les régimes Frais de santé à caractère obligatoire et facultatif respectent les règles des contrats dits responsables (loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie complétée par décret du 29 septembre 2005).

Article 5 : Règlement des prestations santé ; Fonds Social ; Actions de prévention :

La Banque de France a recherché une qualité de service de haut niveau pour ses personnels.

Sous réserve de la bonne fin de la procédure de marché, l'Attributaire retenu à l'issue de la procédure de dialogue compétitif lancée par l'avis de marché cité au préambule est un groupement réunissant la SMCC, CNP Assurances et APRI Prévoyance. En cas de changement d'Attributaire, l'avenant nécessaire ne portera que sur cet alinéa de cet article 5.

Le dispositif prévoit l'utilisation de la télétransmission avec les CPAM (via une adhésion à NOEMIE) et la mise en place dès la date d'effet des contrats d'un système de tiers payant utilisable dans toute la France.

Sera mis en place un fonds social dédié au profit des adhérents aux régimes institués par le présent accord, qui permettra le versement d'allocations complémentaires aux prestations santé en faveur des adultes ou enfants handicapés, et, sous conditions de ressources, d'allocations exceptionnelles liées à des dépenses médicales ou d'aides liées à l'hébergement en maisons de retraite ou au maintien à domicile des personnes âgées. Ces allocations seront versées dans la limite des disponibilités du fonds social, qui sera financé par un budget alloué par l'Attributaire et complété par une dotation spécifique de la Banque ; il sera géré paritairement par une commission qui sera composée de représentants de la Banque et de représentants des organisations syndicales représentatives signataires de l'accord d'entreprise. Un règlement intérieur décrivant les procédures d'attribution encadrées et transparentes sera proposé aux signataires pour être mis en œuvre dès le 1er trimestre 2010.

L'Attributaire mettra également en place des actions de prévention ciblées et adaptées à la population couverte.

Article 6 : Administration et Gouvernance des régimes Frais de Santé :

Une unité rattachée à la Direction de l'administration du personnel sera l'interlocuteur de l'Attributaire pour la bonne marche du dispositif, et en particulier la fourniture des informations requises. Elle recueillera et traitera les questions relatives à l'application du présent accord. Elle pourra aussi être contactée par les agents en cas de litige sur leurs dossiers de remboursements avec l'Attributaire, mais seulement après les échanges directs avec celui-ci, sous réserve d'un engagement strict de confidentialité :

Cette unité organisera, sous l'autorité du Directeur de la DAP, le pilotage du dispositif, sur la base de réunions périodiques et de comptes rendus mensuels ou trimestriels transmis par l'Attributaire qui permettront de vérifier les montants facturés et de suivre l'évolution des prestations ou autres dépenses. Ces réunions pourront donner lieu à concertation pour formuler des recommandations en vue de maîtriser ces dépenses et responsabiliser les consommateurs de soins, en particulier en promouvant les filières de soins pratiquant les tarifs conventionnés.

En cas de besoin, la Banque de France pourra diligenter un audit du dispositif, soit par ses propres services, soit par un intervenant extérieur choisi en commun par les signataires du présent accord.

Une Commission de suivi paritaire du régime Frais de santé à caractère obligatoire sera instituée durant le 1^{er} mois d'entrée en vigueur de l'accord d'entreprise pour examiner les conditions d'application de cet accord et procéder à un examen détaillé des comptes et à une analyse de l'évolution des différentes prestations.

Cette Commission sera présidée par un représentant de la Banque et composée d'un représentant par organisation syndicale représentative signataire, chacun d'entre eux pouvant demander l'inscription de points à l'ordre du jour. Cette Commission se réunira au moins une fois par an, assistée le cas échéant d'un expert indépendant, choisi en commun par les signataires du présent accord.

Compte tenu de la technicité des sujets susceptibles d'être abordés, la Banque organisera une formation à l'intention des participants à cette Commission de suivi paritaire.

A la demande du Comité Central d'Entreprise, la Banque présentera chaque année aux élus le rapport mentionné à l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sur les comptes du contrat collectif.

Article 7 : Financement et tarification :

La Banque de France contribue au financement de ces régimes de couverture complémentaire santé, pour les actifs à titre obligatoire à hauteur de 48% de leurs cotisations et à hauteur de 35 % de leurs cotisations pour les adhérents à titre facultatif (retraités et ayants droit). L'équilibre économique des différents régimes est obtenu pour chacun d'eux.

Les dispositions du présent accord se substituent aux précédents usages ou décisions unilatérales de la Banque relatifs au financement de la protection complémentaire santé, tels que le subventionnement direct et indirect de la mutuelle SMCC.

La part salariale des cotisations est prélevée sur les salaires des adhérents obligatoires par l'employeur et reversée à chaque fin de mois à l'Attributaire, ainsi que la part des

cotisations à la charge de l'employeur. Tous les actifs adhérents obligatoires feront l'objet d'un précompte à partir de leur feuille de paie du 1^{er} mois d'entrée en vigueur de l'accord, sauf s'ils ont fait valoir avant le 4 décembre 2009 (pour mise en place au 1^{er} janvier 2010) les dispenses possibles prévues plus haut. Les précomptes des cotisations au titre des adhésions des ayants droit et à l'option ne pourront intervenir qu'après traitement des bulletins d'adhésion dûment remplis.

Les cotisations des retraités qui auront choisi d'adhérer dans ces conditions seront également précomptées sur leurs bulletins de pension après traitement de leurs bulletins d'adhésion ; cette disposition ne pourra pas s'appliquer aux anciens salariés qui ne reçoivent pas un bulletin de pension chaque mois, ou dont le montant du complément de pension serait inférieur au montant de la cotisation à prélever : l'Attributaire proposera alors à ceux-ci de signer une autorisation de prélèvement sur leurs comptes bancaires.

Les niveaux de cotisations, pour les adhérents au régime local d'Alsace-Moselle d'une part, pour les adhérents aux autres régimes de Sécurité Sociale d'autre part, sont indiqués en annexe 2.

Ces tarifs ont été établis dans un souci de plafonner les coûts induits pour les familles de 3 enfants et plus et de limiter l'augmentation des cotisations applicables aux retraités, en rapport avec leur consommation médicale plus importante que celle des actifs.

Les signataires conviennent qu'un avenant à cet accord d'entreprise ne sera pas nécessaire si aucune cotisation demandée par l'Attributaire n'augmente de plus de 5% par an.

Article 8 : Caractère indemnitaire du régime

En application de l'article 9 de la loi Evin, les remboursements complémentaires des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après prestations de tout autre organisme.

Article 9 : Information des assurés

Chaque assuré recevra une notice d'information, rédigée par l'Attributaire, résumant les garanties et les obligations liées au dispositif mis en place par la signature du présent accord.

Toute modification des droits et obligations des parties fera l'objet d'une actualisation de cette notice ; toute actualisation de la notice sera communiquée sans délai aux assurés concernés.

Article 10 : Durée de l'accord

En ligne avec l'objectif de pérennité du dispositif de protection complémentaire santé du personnel, le présent accord, qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2010, est établi pour une durée indéterminée.

Article 11 : Révision et dénonciation de l'accord

Chaque partie signataire peut demander la révision du présent accord à date d'effet du 31 décembre de chaque année, avec un préavis de 4 mois : toute demande de révision est adressée à chacune des autres parties signataires et comporte, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement.

Le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 1 mois suivant la réception de cette demande, les parties ouvrent une négociation en vue de la rédaction d'un nouveau texte. La révision proposée donne lieu à l'établissement d'un avenant se substituant de plein droit aux stipulations de l'accord qu'il modifie. En l'absence d'accord entre les parties au 31 décembre, le présent accord continue à s'appliquer dans toutes ses dispositions.

Le présent accord peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, dans les conditions prévues par les articles L 2261-9 à L 2261-13 du code du travail. Compte tenu de l'articulation avec la relation contractuelle établie avec l'Attributaire, la dénonciation est notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 30 septembre de chaque exercice pour prendre effet le 31 décembre de ce même exercice. La dénonciation ne peut porter que sur la totalité de l'accord, aucune dénonciation partielle n'étant admise. A défaut de la conclusion d'un nouvel accord, le présent accord conserve tous ses effets durant les 12 mois suivant la date d'effet de la dénonciation.

En cas de résiliation des contrats d'application par l'Attributaire ou suite à l'arrivée du terme de ces contrats, le présent accord deviendrait caduc, par disparition de son objet, les parties signataires se trouvant déchargées de leurs engagements, si les signataires ne concluent pas un avenant intégrant les éventuelles modifications du dispositif de couverture complémentaire santé tel qu'il résulterait de la procédure de mise en concurrence engagée à la suite de la résiliation ou de l'arrivée du terme des contrats d'application.

Conformément à l'article L.912.1 du Code de la Sécurité Sociale, le dispositif de couverture complémentaire santé mis en place via cet accord sera réexaminé tous les 5 ans dans le cadre de la Commission de suivi paritaire.

Article 12 : Evolution de la législation et de la réglementation

Le présent accord est conclu sur la base de la législation et réglementation, notamment fiscale et sociale, actuellement en vigueur applicable à la protection complémentaire santé.

Article 13 : Dépôt légal

Le présent accord, ainsi que ses avenants éventuels, seront déposés, conformément aux dispositions légales, à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Paris.

BAREMES DE REMBOURSEMENT

BR : Base de remboursement au 01/01/2010

	Régime Général	Barème de référence	Module optionnel	
PHARMACIE	PHARMACIE - produits et prestations remboursables			
	Vignettes blanches Vignettes bleues ou homéopathique Autres prestations sanitaires (LPP)	65% BR 35% BR 65% BR	100% BR - SS 100% BR - SS 130% BR - SS	100% BR - SS 100% BR - SS 130% BR - SS
FRAIS MEDICAUX	FRAIS MEDICAUX			
	Dans parcours de soins (1)			
	Consultations généralistes (BR = 22 €)	70% BR	118% BR-SS	200% BR-SS
	Consultations généralistes non conventionnés	70% T. autorité	100% du tarif d'autorité - SS	100% tarif autorité - SS
	Consultations spécialistes (BR = 23 €)	70% BR	150% BR -SS	250% BR -SS
	Consultations neuro-psychiatries (BR = 34,30 €)	70% BR	136% BR -SS	227% BR -SS
	Consultations cardiologiques (BR = 45,73 €)	70% BR	167% BR -SS	278% BR -SS
	Consultations spécialistes non conventionnés	70% T. autorité	100% tarif autorité -SS	100% tarif autorité -SS
	Franchises actes techniques / participation assuré	-	18 €	18 €
	Honoraires CCAM hors imagerie / actes techniques médicaux	70% BR	165% BR-SS	200% BR-SS
dont Echographies (ADE)	70% BR	165% BR-SS	165% BR-SS	
Radiologie (hors échographie ADE)	70% BR	100% BR - SS + 26 €	100% BR - SS + 26 €	
dont IRM	70% BR	100% BR - SS + 26 €	100% BR - SS + 26 €	
dont Ostéodensitométrie osseuse acceptée	70% BR	100% BR - SS + 26 €	100% BR - SS + 26 €	
dont Ostéodensitométrie osseuse refusée	-	35 €/an	35 €/an	
Auxiliaires médicaux	60% BR	100% BR -SS	200% BR -SS	
Analyses médicales	60% BR	100% BR -SS	130% BR -SS	
DENTAIRE	DENTAIRE (2)			
	Soins conservateurs	70% BR	100% BR - SS	150% BR - SS
	Prothèses dentaires prises en charge	70% BR	300% BR - SS	400% BR - SS
	Prothèses dentaires non prises en charge	-	322,50 €	322,50 €
	Inlays core	70% BR	100% BR -SS + 245 €	100% BR -SS + 245 €
	Inlays core avec clavette	70% BR	100% BR -SS + 288 €	100% BR -SS + 288 €
	Appareils mobiles définitifs haut ou/et base en résine pris en charge	70% BR	500% BR - SS (258 € à 731 € selon nb dts)	500% BR - SS (258 € à 731 € selon nb dts)
	Appareils mobiles définitifs haut ou/et base en résine non pris en charge	-	322,50 € à 913,75 € selon nb dts	322,50 € à 913,75 € selon nb dts
	Appareils mobiles immédiats haut ou/et base en résine pris en charge	70% BR	100% BR - SS	100% BR - SS
	Appareils mobiles immédiats haut ou/et base en résine non pris en charge	-	64,50 € à 182,75 €	64,50 € à 182,75 €
	Plaques de base métallique prise en charge	70% BR	100% BR -SS + 129 €	100% BR -SS + 129 €
	Plaques de base métallique non prise en charge	-	258 €	258 €
	Attachement sur appareil amovible (par élément)	-	225,75 €	225,75 €
	Réparations et adjonctions sur prothèses	70% BR ou 0% BR	100% BR -SS + 8,06 € à 161,60 €	100% BR -SS + 8,06 € à 161,60 €
	Divers (attelles, gouttières)	70% BR	100% BR -SS + 72 € à 210,88 €	100% BR -SS + 72 € à 210,88 €
	Parodontologie prise en charge	70% BR	100% BR -SS + 115 €	100% BR - SS + 215 €
Parodontologie non prise en charge	-	150 € / an	250 € / an	
Orthodontie prise en charge : Traitement, empreintes et surveillance	100% BR ou 70% BR	220% BR - SS	300% BR - SS	
Orthodontie non prise en charge	-	233 € / semestre (maximum 2 semestres)	580 € / semestre (maximum 2 semestres)	
Implants dentaires (maximum 3 par an)	-	600 € / implant	800 € / implant	
Scanner pré-implantaire (forfait annuel)	-	100 €	100 €	
OPTIQUE - ORTHOPEDIE	OPTIQUE			
	Montures (3) (4)	65% BR	150 €	Adulte : 175 € / Enfant : 150 €
	Verres (3) (4)			
	Forfait annuel par lentille	65% BR	75 € simpl./ 150 € progr.	125 € simpl./ 200 € progr.
	Prises en charge	-	61 € simpl. / 136 € progr	111 € simpl. / 186 € progr
	Non prises en charge	-	330 € / œil	400 € / œil
	Chirurgie laser	-	130% BR - SS	200% BR - SS
	ORTHOPEDIE et prothèses diverses	65% BR	100% BR - SS + 686 €	100% BR - SS + 1000 €
	Prothèses auditives : forfait par oreille	65% BR	130% BR - SS	130% BR - SS
	Fournitures et access.	65% BR	130% BR - SS	130% BR - SS
Forfait entretien par proth.	65% BR	35% BR+140 € / 229 €	35% BR+140 € / 229 €	
Prothèse mammaire/ capillaires (forfait annuel)	65% BR	35% BR + 40 €	35% BR + 50 €	
Orthèses plantaires (par pied)	65% BR			
HOSPITALIS°	HOSPITALISATION			
	Forfait journalier d'hospitalisation	-	16 € / psychiatrie : 12 €	16 € / psychiatrie : 12 €
	Prix journée	80% BR	100% BR-SS	100% BR-SS
	Honoraires CCAM structure hospitalière	80% BR	300% BR-SS	600% BR-SS
	Honoraires CCAM soins externes	70% BR	165% BR-SS	200% BR-SS
	Chambre particulière (5)	-	40 €	75 €
	Chambre particulière maternité	-	40 €	75 €
Forfait accompagnant	-	25 € (- de 14 ans)	50 € (- de 14 ans)	
Transports	65% BR	100% BR-SS	130% BR-SS	
AUTRES	AUTRES			
	Cures thermales prises en charge	70% BR	100% BR -SS	100% BR -SS
	Forfait hébergement cures prises en charge	65% BR	80% BR-SS + 61€	80% BR-SS + 61€
	Forfait hébergement cures non prises en charge	-	40% BR théorique +61 €	40% BR théorique +61 €
	Transports cures thermales pris en charge	65% BR	100% BR -SS	100% BR -SS
	Transports cures thermales non prises en charge (6)	-	renvoi 6	renvoi 6
	Allocations naissance / adoption	-	100 €	100 €
	Amniocentèse non prise en charge par la SS	-	175 €	175 €
	Vaccins prescrits, non pris en charge SS (forfait annuel)	-	Tous : 40 €	Tous : 40 €
	Pilule 3ème génération (forfait annuel)	-	30 €	30 €
Traitements anti-tabac pris en charge par la SS (forfait annuel)	50 €	50 €	50 €	
Ostéopathie, chiropraxie, diététique-nutrition (7)	-	20 €/séance (max 5 / an)	30 €/séance (max 5 / an)	

Tous les forfaits annuels sont gérés par année civile

(1) Hors parcours de soins : la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge

(2) Actes dentaires non listés : se reporter à l'annexe présentant le barème actuel de la SMCC

(3) Garantie renouvelable sous condition de changement de vue ou de lunettes cassées

(4) Enfant : moins de 18 ans

(5) Sans limitation de durée

(6) Calcul kilométrique entre le domicile et le lieu de la cure (base SNCF 2ème cl) sur justificatifs

(7) Sur présentation d'une facture établie par un praticien diplômé

**ESTIMATIONS DES COTISATIONS SANTE POUR 2010
APPLICABLES AUX ADHERENTS
AU BAREME DE REFERENCE
EN € PAR MOIS**

ACTIFS

	Cotisation mensuelle brute en % du revenu brut fiscal annuel 2009	Minimum	Maximum	Cotisation mensuelle, après subvention de la Banque, en % du revenu brut fiscal annuel 2009	Minimum	Maximum
Actifs adhérents à titre obligatoire	0,163	40,61	66	0,085	21,12	34,32
Actifs adhérents relevant du régime local d'Alsace Moselle	0,097	24,37	39,60	0,051	12,67	20,59

RETRAITES**Retraités adhérents****Retraités adhérents relevant du régime local d'Alsace Moselle**

	Indice Min	Indice Max (exclu)	Cotisation mensuelle brute	Cotisation mensuelle après subvention de la Banque	Cotisation mensuelle brute	Cotisation mensuelle après subvention de la Banque
Tranche 1		309	63,04	40,97	38,02	24,71
Tranche 2	309	426	72,81	47,32	43,88	28,52
Tranche 3	426	609	88,44	57,49	53,26	34,62
Tranche 4	609	955	94,30	61,30	56,78	36,91
Tranche 5	955		102,12	66,38	61,47	39,96

AUTRES ADHERENTS A TITRE FACULTATIF

	Cotisation brute	Cotisation mensuelle après subvention de la Banque
Conjoint de l'actif	54,00	35,10
Conjoint du retraité	85,00	55,25
Par enfant (plafonnement à 3 enfants)	25,00	16,25
Ascendant à charge	85,00	55,25
Enfant adulte handicapé de + de 28 ans	25,00	16,25
Adhérents au régime local d'Alsace Moselle		
Conjoint de l'actif	33,00	21,45
Conjoint du retraité	51,00	33,15
Par enfant (plafonnement à 3 enfants)	15	9,75
Ascendant à charge	51	33,15
Enfant adulte handicapé de + de 28 ans	15	9,75

Pour mémoire : ces cotisations santé et les contributions de l'employeur à leur financement font l'objet du traitement fiscal et social conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.