

Brochure n° 3170

Convention collective nationale
IDCC : 538. – MANUTENTION FERROVIAIRE
ET TRAVAUX CONNEXES

ACCORD DU 29 JUIN 2015
RELATIF AU RÉGIME PROFESSIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550713M
IDCC : 538

Considérant la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi instaurant la généralisation de la couverture complémentaire santé, les partenaires sociaux de la branche se sont réunis afin d'instaurer une couverture collective minimale de frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les parties signataires ont entendu définir ce régime professionnel de branche comme un dispositif de référence suffisamment complet et adapté aux besoins des salariés et entreprises de la branche afin que salariés et employeurs bénéficient au mieux des avantages procurés par une mutualisation des frais de santé sur la base la plus large possible.

Les partenaires sociaux ont également entendu promouvoir des principes qui contribuent également à faire du régime santé « une référence » pour la mise en œuvre de ce volet de la protection sociale des salariés :

- instaurer un standard professionnel unifié en matière de choix et de qualité : des garanties, des prestations, des réseaux de soins, de la gestion, des services apportés aux assurés ;
- respect des contrats responsables et promotion d'une « consommation responsable » des prestations santé ;
- appui aux dispositifs de prévention de la santé et dépistage des risques lourds ;
- action sociale adaptée aux besoins et attentes des salariés de la branche visant à faciliter leur accès aux soins et aux dispositifs adaptés de prévention des risques ;
- pilotage responsable, précis, régulier du régime s'appuyant sur une gestion administrative « indépendante » du régime facilitant l'accès direct aux informations permettant le suivi du régime afin d'analyser la pertinence de la couverture retenue et la maîtrise de son coût.

CHAPITRE I^{ER}

OBJET ET MISE EN ŒUVRE DU RÉGIME

Article 1^{er}

Objet du régime

Il est institué un régime collectif frais de santé au profit des catégories de salariés définies à l'article 3 du présent accord qui relèvent de la branche manutention ferroviaire et travaux connexes.

Ce régime s'impose à l'ensemble des entreprises de la branche, et comprend un niveau de garanties minimum, un montant de cotisations minimum, des dispenses d'affiliation et un haut degré de solidarité.

Le présent régime obligatoire est mutualisé auprès d'un organisme recommandé qui a été retenu aux termes de négociations, conformément à la réglementation.

CHAPITRE II

ADHÉSION DES ENTREPRISES ET AFFILIATION DES ASSURÉS

Article 2

Champ d'application

Le régime frais de santé obligatoire s'applique à toutes les entreprises relevant de la convention collective manutention ferroviaire et travaux connexes.

Le régime frais de santé institué par le présent accord concerne l'ensemble des salariés non cadres relevant du champ d'application de la convention collective nationale manutention ferroviaire et travaux connexes, ayant au moins 4 mois d'ancienneté dans la branche.

Article 3

Salariés bénéficiaires du régime. – Adhésion obligatoire

Sous réserve des dispositions de l'article 4 ci-dessous, sont obligatoirement affiliés par leur employeur au régime conventionnel collectif et obligatoire de frais de santé (adhésion obligatoire) l'ensemble des salariés non cadres des entreprises relevant du champ d'application défini à l'article 2 du présent accord et ayant au moins 4 mois d'ancienneté dans la branche.

Article 4

Salariés bénéficiaires du régime. – Cas dérogatoires, dispenses d'adhésion

Les dispenses d'affiliation prévues ci-dessous ne peuvent en aucun cas être imposées par l'employeur, qui a pour obligation de proposer aux salariés visés ci-dessous l'affiliation à la garantie de frais de soins de santé.

Ainsi, peuvent à leur initiative, et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'adhérer au régime complémentaire frais de santé de branche défini par le présent accord, conformément aux dispositions réglementaires, en fournissant les justificatifs correspondants et à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée 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 en matière de remboursement frais de santé ;
- les salariés en CDD et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée de moins de 12 mois ;
- les apprentis et salariés à temps partiel dont la cotisation excède 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiant de la CMU-C, pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime, à la condition de fournir à leur employeur une attestation justifiant de leur couverture : les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMU-C ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, et cela jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide.

Les parties s'accordent pour permettre aux entreprises qui le souhaitent de conserver leur niveau de garanties, leur tarification et la répartition de celle-ci (en privilégiant l'organisme recommandé défini à l'annexe IV), lorsque le régime frais de santé déjà existant est au moins aussi favorable que celui mis en place dans le présent accord.

CHAPITRE III

GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

Article 5

Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet lorsque le salarié a atteint l'ancienneté requise pour bénéficier du régime, soit au terme de 4 mois d'ancienneté dans la branche.

Article 6

Périodes de suspension du contrat de travail

Les garanties, la participation de l'employeur ainsi que celle du salarié sont maintenues lorsque les périodes de suspension de contrat de travail donnent lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la sécurité sociale financée au moins en partie par l'employeur.

Les garanties, la participation de l'employeur et celle du salarié sont suspendues lorsque les périodes de suspension ne donnent pas lieu à maintien de la rémunération.

Par exception à ce principe, les parties signataires conviennent que les garanties seront maintenues pendant une durée de 30 jours consécutifs (maximum par année civile) à l'occasion de congés sans solde prévus par le code du travail ou pris par les salariés dans le but d'étendre leurs droits à congés payés.

A l'exception de la situation visée à l'alinéa précédent, la suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle (et donc exceptionnellement au 31^e jour suivant celle-ci) et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du régime de branche complémentaire santé, sauf à ce que le salarié continue à titre individuel d'adhérer au régime auprès de l'organisme gestionnaire et s'acquitte de la totalité des parts employeur et salarié de la cotisation couvrant les prestations d'assurance correspondantes.

Article 7

Portabilité des garanties du régime conventionnel obligatoire de frais de santé (art. 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 et art. 2 de l'ANI du 11 janvier 2013)

Le maintien des garanties du régime de branche complémentaire santé est organisé conformément aux termes de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 8

Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin)

Le régime complémentaire santé de la branche prévoit un maintien strict des garanties conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », et aux modalités précisées par la jurisprudence (arrêts du 7 février 2008 et du 13 janvier 2009).

Article 9

Position des partenaires sociaux sur l'adaptation du régime pour les cas de sortie de branche (retraités, chômeurs, invalides)

Les partenaires sociaux demandent que l'organisme assureur propose aux retraités, chômeurs ou invalides une couverture complémentaire santé avec des garanties de nature ou de niveau identiques à celle du contrat collectif obligatoire en vigueur au titre du régime de branche pour un tarif ne pouvant être supérieur de plus de 50 % à celui de actifs.

Concernant les retraités, les partenaires sociaux demandent que l'organisme assureur, tout en conservant le même niveau de garanties, procède à des adaptations de celles-ci de façon à tenir compte des besoins spécifiques de cette population au regard de la couverture du risque santé.

Article 10

Description des garanties du régime complémentaire santé de branche

Article 10.1

Régime complémentaire socle (obligatoire)

Le niveau des prestations instauré par le régime de branche frais de santé obligatoire respecte les contraintes du « contrat responsable » définies par le décret du 18 novembre 2014 ainsi que les niveaux de garanties minimum « panier de soins ANI » introduits par le décret du 8 septembre 2014.

Le tableau des prestations est présenté en annexe I au présent document.

Article 10.2

Régimes complémentaires optionnels 1 et 2

Le salarié pourra améliorer les prestations dont il bénéficie en souscrivant facultativement à sa charge exclusive aux garanties optionnelles, présentées en annexe II au présent accord.

Article 10.3

Extension facultative des régimes complémentaires aux ayants droit des assurés

Dans le cas de la mise en place d'un des régimes pour les salariés, le(s) régime(s) complémentaires(s) socle ou optionnels 1 et 2 pourra(ont) être étendu(s) facultativement au profit :

- du conjoint :
 - le conjoint, non séparé judiciairement, à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale ;
 - le partenaire, dans le cadre d'un Pacs, à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale ;
 - le concubin à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale ;
- et des enfants à charge au sens de la sécurité sociale :
 - les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la date à laquelle ils atteignent leur 20^e anniversaire ;
 - jusqu'à leur 26^e anniversaire lorsqu'ils sont affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants, lorsqu'ils sont étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur affiliés au régime de sécurité sociale autre que celui visé ci-dessus, sous réserve qu'ils reçoivent une rémunération mensuelle inférieure ou égale à 55 % du Smic.

CHAPITRE IV

COTISATIONS

Article 11

Montant de la cotisation et répartition

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Le montant de la cotisation est indiqué à l'annexe III du présent accord. Celui-ci pourra être révisé dans le cadre des négociations prévues aux articles 16 et 17 du présent accord.

Dispositions particulières à l'affiliation des salariés multi-employeurs

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche, la cotisation peut être proratisée entre les différents employeurs à la demande des salariés, sous réserve de justifier de leur pluriactivité au sein de la branche auprès de l'assureur du régime et de leurs employeurs. Le salarié à employeurs multiples de la branche a l'obligation, en cas de rupture d'un de ses contrats de travail, d'informer le ou les autres employeurs, qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent de façon que la totalité des cotisations soit toujours perçue par le régime.

Pour les salariés à temps partiel, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.

CHAPITRE V

PRÉVENTION COLLECTIVE DES RISQUES SANTÉ

Article 12

Prestation collective de prévention des risques santé

Les parties signataires de l'accord ont décidé de garantir une prestation de prévention collective accessible à tous les salariés de la branche et pour ce faire de mettre les actions de prévention des risques santé et de dépistage des pathologies lourdes au cœur du régime complémentaire socle obligatoire et des régimes complémentaires optionnels 1 et 2.

Article 12.1

Prévention des risques santé

(art. R. 871-2 du code de la sécurité sociale)

La commission paritaire complémentaire santé a souhaité faciliter l'accès des salariés de la branche aux actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, dont :

- le détartrage dentaire annuel ;
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (– 14 ans) ;
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans ;
- le dépistage de l'hépatite B ;
- le bilan du langage écrit ou oral sur les bases des auxiliaires médicaux (– 14 ans) ;
- l'ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale ;
- les vaccins pris en charge par la sécurité sociale et inscrits au calendrier vaccinal.

Au titre des prestations de prévention, sont également prévus un forfait de sevrage tabagique par bénéficiaire et par an permettant un remboursement partiel des patchs inscrits sur la liste de la sécurité sociale, le vaccin préventif du col de l'utérus bivalent.

Article 12.2

Dépistage des pathologies lourdes

Les parties signataires de l'accord ont également décidé de faciliter l'accès des salariés de la branche aux soins de dépistage des pathologies lourdes afin de faire reculer le taux de mortalité et/ou d'accroître l'espérance de vie liés à certains cancers :

- dépistage du cancer du colon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test) ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus non remboursé ;
- dépistage du cancer du poumon ;
- dépistage du cancer du sein par échographie mammaire.

CHAPITRE VI

PRESTATIONS ET ACTIONS CARACTÉRISANT UN HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ

Article 13

Prestations constitutives du « haut degré de solidarité » au sein du régime complémentaire santé de branche

Le présent accord instaure un régime frais de santé obligatoire présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Conformément aux dispositions réglementaires, les parties signataires décident que 2 % des cotisations finançant le régime santé de branche seront allouées au financement d'actions de prévention de santé publique et aux prestations d'action sociale.

Les parties signataires conviennent dans ce cadre de la mise en œuvre au sein du régime complémentaire santé de la branche des actions ou des prestations caractérisant un « haut degré de solidarité » suivantes :

Article 13.1

Financement des cotisations de certains salariés

Une prise en charge totale de la cotisation (part salariale comprise) de tout apprenti bénéficiaire d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ou dont la cotisation représente au moins 10 % de ses revenus bruts (soit deux cas de dispenses d'adhésion).

Article 13.2

Financement d'actions de prévention de santé publique

Le financement (part salariale comprise) des actions de dépistage concernant les risques de santé visés à l'article 12.2 du présent accord.

Le financement par un « fonds social dédié à la branche » alimenté par la cotisation « 2 % haut degré de solidarité » d'actions de prévention et l'éducation à la santé, ou visant plus généralement à favoriser le bien-être physique et moral des bénéficiaires du régime complémentaire santé.

Article 13.3

Financement de prestations d'action sociale

Les parties signataires ont également entendu conférer un « haut degré de solidarité » au régime complémentaire de branche en demandant que le régime de branche participe, par le biais du

« fonds social dédié à la branche », au financement d'un programme de prestations d'action sociale spécifiques au secteur :

- le programme de prestations d'action sociale comportant des types d'interventions adaptés aux besoins des salariés du secteur est défini par la commission paritaire complémentaire santé de la branche ;
- le financement en est assuré par le fonds social dédié à la branche.

Article 14

Financement des actions et prestations constitutives du « haut degré de solidarité » au sein du régime complémentaire santé de branche

Dans la limite (plafond) de 2 % de la cotisation (part salariale et part patronale) versée au titre du régime complémentaire socle obligatoire, les parties conviennent que la partie « employeurs » prendra à sa charge le financement des prestations constitutives du haut degré de solidarité telles que définies à l'article 15 de l'accord de branche mettant en place le régime complémentaire santé.

CHAPITRE VII

CONTRÔLE ET SUIVI DU RÉGIME

Article 15

Création et composition de la commission paritaire de suivi et de pilotage du régime complémentaire santé

Il est créé une commission paritaire de suivi et de pilotage du régime de protection sociale complémentaire frais de santé dans la branche manutention ferroviaire et travaux connexes.

Les parties rappellent que le fonctionnement et les modalités de gestion de ladite commission sont fixés dans le cadre d'un protocole de fonctionnement conclu entre ces derniers et l'organisme recommandé.

Article 16

Missions de la commission paritaire de suivi et de pilotage

La commission paritaire de suivi et de pilotage a pour objet de contrôler, de piloter et, éventuellement, de faire évoluer le régime professionnel de frais de santé dans la branche manutention ferroviaire et travaux connexes.

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier les comptes détaillés du régime fournis et présentés par l'organisme assureur recommandé et l'organisme gestionnaire ;
- de contrôler l'application du régime de frais de santé ;
- de décider et gérer l'action sociale du régime, et le cas échéant le fonds d'action sociale ;
- de délibérer sur les interprétations et litiges survenant dans l'application du régime ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime et d'organiser les évolutions du régime.

Article 17

Evolution des garanties et cotisations du régime obligatoire

A tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et/ou des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes du présent accord. Une information générale sera effectuée auprès des employeurs et des salariés de la branche.

CHAPITRE VIII

AUTRES DISPOSITIONS

Article 18

Durée et date d'entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} janvier 2016 pour les entreprises adhérentes au SAMERA.

Article 19

Révision et modification

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les règles définies à l'article 41 de la convention collective nationale manutention ferroviaire et travaux connexes et la procédure prévue par les articles L. 2261-7, L. 2261-8 et L. 2261-9 du code du travail.

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 une durée de 1 an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Article 20

Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt, conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail, par la partie la plus diligente.

Article 21

Extension

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 29 juin 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SAMERA.

Syndicats de salariés :

FGTE CFDT ;

FNPD CGT ;

SNATT CGC ;

FGT CFTC ;

FEETS FO ;

SUD rail ;

USPDA CGT.

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES DU RÉGIME SOCLE

FAMILLE D'ACTES	LIBELLÉ DE L'ACTE	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SOCLE (sécurité sociale)	
		Assiette	Garanties
Hospitalisation	Hospitalisation médicale	BR	100 %
	Hospitalisation chirurgicale	BR	100 %
	Honoraires d'hospitalisation		
	Actes de chirurgie, actes d'anesthésie :		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130 %
	Forfait hospitalier	FR	100 %
	Chambre particulière	Forfait	65 € par jour
Chambre accompagnant enfant	Forfait	10 € par jour	
Transport	BR	100 %	
Soins courants	Consultations, visites généralistes :		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	120 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100 %
	Consultations, visites spécialistes :		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130 %
	Analyse laboratoires	BR	100 %
	Auxiliaires médicaux	BR	100 %
	Radiologie, imagerie, échographie :		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100 %
	Actes de chirurgie, actes techniques :		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130 %
Véhicule pour handicapé physique (VHP)	BR	200 %	
Pharmacie	Pharmacie remboursée à 65 %	BR	100 %
	Pharmacie remboursée à 30 %	BR	100 %

FAMILLE D'ACTES	LIBELLÉ DE L'ACTE	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SOCLE (sécurité sociale)	
		Assiette	Garanties
Optique	Limitation à un équipement optique par période de 2 ans, sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		
	Montures	Euros	RSS + 100 €
	Verre simple	Euros	RSS + 100 €
	Verre complexe	Euros	RSS + 200 €
	Verre hypercomplexe	Euros	RSS + 300 €
	Lentilles acceptées	Euros	RSS + 100 €
Dentaire	Soins dentaires	BR	100 %
	Prothèses dentaires remboursées	BR	320 %
	Orthodontie remboursée	BR	350 %
Prothèses	Prothèses auditives	BR	400 %
	Orthopédie	BR	150 %
	Autres prothèses	BR	100 %
Actes de prévention (conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale)	Détartrage dentaire annuel	BR	100 %
	Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (- 14 ans)	BR	100 %
	Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	BR	100 %
	Dépistage de l'hépatite B	BR	100 %
	Bilan du langage écrit ou oral sur les bases des auxiliaires médicaux (enfant de - 14 ans)	BR	100 %
	Ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale	BR	100 %
	Vaccin pris en charge par la sécurité sociale et inscrit au calendrier vaccinal	BR	100 %
Dépistage	Dépistage du cancer du colon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test)	Euros	10 €
	Dépistage du cancer du col de l'utérus non remboursé	Euros	15 €
	Dépistage du cancer du poumon	BR	100 %
	Dépistage du cancer du sein par échographie mammaire	BR	100 %

FAMILLE D'ACTES	LIBELLÉ DE L'ACTE	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SOCLE (sécurité sociale)	
		Assiette	Garanties
Autres prestations	Sevrage tabagique	Euros	90 €
	Pilules contraceptives	Euros	40 €
	Vaccin préventif du col de l'utérus bivalent	BR	100 %
	Chambre particulière maternité	Euros	30 € par jour
	Garantie assistance (aide ménagère, rapatriement en cas de problèmes à l'étranger)	–	Incluse
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; height: 15px; background-color: #cccccc; margin-right: 5px;"></div> <p>Actes considérés comme des éléments de solidarité.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur 2015) : 3 170 €.</p> </div>			

ANNEXE II

TABLEAU DES GARANTIES DES DEUX RÉGIMES OPTIONNELS

FAMILLE D'ACTES	LIBELLÉ DE L'ACTE	ASSIETTE	RÉGIME complémentaire optionnel 1 (sécurité sociale incluse)	RÉGIME complémentaire optionnel 2 (sécurité sociale incluse)
			Garanties	
Hospitalisation	Hospitalisation médicale	BR	120 %	150 %
	Hospitalisation chirurgicale	BR	120 %	150 %
	Honoraires d'hospitalisation Actes de chirurgie, actes d'anesthésie :			
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150 %	180 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130 %	160 %
	Forfait hospitalier	FR	100 %	100 %
	Chambre particulière	Euros	80 € par jour	100 € par jour
	Chambre accompagnant enfant	Euros	10 € par jour	30 € par jour
	Transport	BR	100 %	100 %
Soins courants	Consultations, visites généralistes :			
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	120 %	150 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100 %	130 %
	Consultations, visites spécialistes :			
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150 %	200 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130 %	180 %
	Analyse laboratoires	BR	100 %	100 %
	Auxiliaires médicaux	BR	100 %	100 %
	Radiologie, imagerie, échographie :			
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100 %	150 %
Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100 %	130 %	

FAMILLE D'ACTES	LIBELLÉ DE L'ACTE	ASSIETTE	RÉGIME complémentaire optionnel 1 (sécurité sociale incluse)	RÉGIME complémentaire optionnel 2 (sécurité sociale incluse)
			Garanties	
Soins courants (suite)	Actes de chirurgie, actes techniques :			
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150 %	150 %
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130 %	130 %
	Véhicule pour handicapé physique (VHP)	BR	200 %	200 %
Pharmacie	Pharmacie remboursée à 65 %	BR	100 %	100 %
	Pharmacie remboursée à 30 %	BR	100 %	100 %
	Pharmacie remboursée à 15 %	BR	100 %	100 %
Optique	Limitation à un équipement optique par période de 2 ans, sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue			
	Monture	BR	RSS + 100 €	RSS + 150 €
	Verre simple	BR	RSS + 130 €	RSS + 160 €
	Verre complexe	BR	RSS + 250 €	RSS + 300 €
	Verre hypercomplexe	BR	RSS + 320 €	RSS + 350 €
	Lentilles acceptées	BR	RSS + 200 €	RSS + 300 €
	Lentilles refusées et jetables	Euros	200 €	300 €
	Opération myopie	Euros	-	600 € par œil
Dentaire	Soins dentaires	BR	100 %	100 %
	Prothèses dentaires remboursées	BR	320 %	370 %
	Prothèses dentaires non remboursées	PMSS	-	10 %
	Orthodontie remboursée	BR	350 %	400 %
	Orthodontie non remboursée	PMSS	-	14 %
	Implantologie dentaire (par an par bénéficiaire)	PMSS	15 %	15 %
Prothèses	Prothèses auditives	BR	400 %	500 %
	Orthopédie	BR	200 %	300 %
	Autres prothèses	BR	100 %	100 %
Cure thermique	Cure thermique remboursée (honoraires)	BR	150 %	RSS + 500 €
	Cure thermique remboursée par la sécurité sociale (transport et hébergement)	BR	150 %	RSS + 500 €

FAMILLE D'ACTES	LIBELLÉ DE L'ACTE	ASSIETTE	RÉGIME complémentaire optionnel 1 (sécurité sociale incluse)	RÉGIME complémentaire optionnel 2 (sécurité sociale incluse)
			Garanties	
Actes de prévention (conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale)	Détartrage dentaire annuel	BR	100 %	100 %
	Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (- 14 ans)	BR	100 %	100 %
	Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	BR	100 %	100 %
	Dépistage de l'hépatite B	BR	100 %	100 %
	Bilan du langage écrit ou oral sur les bases des auxiliaires médicaux (enfant de - 14 ans)	BR	100 %	100 %
	Ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale	BR	100 %	100 %
	Vaccin pris en charge par la sécurité sociale et inscrit au calendrier vaccinal	BR	100 %	100 %
Dépistage	Dépistage du cancer du colon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test)	Euros	10 €	10 €
	Dépistage du cancer du col de l'utérus non remboursé	Euros	15 €	15 €
	Dépistage du cancer du poumon	BR	100 %	100 %
	Dépistage du cancer du sein par échographie mammaire	BR	100 %	100 %
Autres prestations	Sevrage tabagique	-	90 €	90 €
	Pilules contraceptives	-	40 €	50 €
	Médecine douce	-	35 € par séance (max. 3 séances)	45 € par séance (max. 3 séances)
	Vaccin préventif du col de l'utérus bivalent	BR	100 %	100 %
	Forfait maternité	PMSS	-	10 %
	Chambre particulière maternité	-	80 € par jour	100 € par jour
	Garantie assistance (aide ménagère, rapatriement en cas de problèmes à l'étranger)	-	Incluse	Incluse
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></div> Actes considérés comme des éléments de solidarité.				
FR : frais réels.				
BR : base de remboursement de la sécurité sociale.				
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur 2015) : 3 170 €.				

ANNEXE III

TAUX DE COTISATION MENSUELLE

Le taux de cotisation dû au titre du régime complémentaire socle santé de branche s'élève à 1,36 % du PMSS (0,67 % part employeur, 0,67 % salarié, 0,02 % « haut degré de solidarité »).

La structure tarifaire pour le régime sera une cotisation « salarié ». Ce tarif est maintenu pendant 2 ans. A l'issue de cette période il pourra faire l'objet d'une renégociation (cf. art. 16 et 17 du présent accord).

ANNEXE IV

CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDÉ PAR LA BRANCHE. – CHOIX DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les parties signataires choisissent de sélectionner l'organisme assureur suivant, auprès duquel les entreprises entrant dans le champ d'application de la branche manutention ferroviaire et travaux connexes sont invitées à s'affilier pour la couverture santé des salariés : CARCEPT-Prévoyance.