



**LIVRET D'ACCUEIL**  
**Régimes labellisés**  
**Prévoyance & Santé**

# SOMMAIRE

Introduction	3
<b>Régime labellisé de Prévoyance</b>	<b>4</b>
Les bénéficiaires du régime	4
Le financement du régime	4
Les garanties Décès	6
Articulation des indemnités Arrêt de travail de la Sécurité sociale et du régime labellisé	8
Les garanties Incapacité Temporaire	10
Les garanties Invalidité	13
Comment le salarié est-il indemnisé ?	14
<b>Régime labellisé de Frais de santé</b>	<b>15</b>
Les bénéficiaires du régime	15
Comment fonctionnent les remboursements en santé ?	16
Comment limiter le reste à charge ?	18
Les différents niveaux de couverture et leurs tarifs	20
Les garanties	22
Exemples de remboursements	26
Comment le salarié est-il remboursé ?	26
Autres avantages du dispositif	27
Degré élevé de solidarité	28
Contacts	29

# INTRODUCTION

Les partenaires sociaux de la branche des Commerces de Détails Non Alimentaires ont mis en place un **régime de Frais de santé** (2015 renouvelé en 2021) et un **régime de Prévoyance** (2019). Aujourd'hui, quatre organismes d'assurances sont labellisés par le CDNA pour la couverture de ces régimes dans un contexte de **coassurance**.



Ce système de coassurance permet la mise en commun des forces des institutions pour :

- Faciliter la souscription des entreprises de la branche et ainsi couvrir le plus grand nombre de salariés.
- Mutualiser au mieux les risques afin d'offrir une tarification qui soit la plus juste et la plus pérenne.

Afin de vous aider à mieux comprendre les dispositifs mis en place et de faciliter vos démarches, vous trouverez dans ce livret des explications et des rappels sur vos régimes labellisés de prévoyance et de santé.

*\* Uniquement pour l'assurance de la rente éducation en Prévoyance (les autres organismes assureurs sont délégués pour la gestion de ce risque).*

## Comment adhérer ?



L'employeur peut adhérer en se rendant sur les différents sites des coassureurs et en contactant un conseiller.

- APICIL : <https://pro.apicil.com/accord-branche/commerces-de-detail-non-alimentaires-2/>
- KLESIA : <https://www.klesia.fr/commerces-de-detail-non-alimentaires-cdna>
- MALAKOFF HUMANIS : <https://www.malakoffhumanis.com/entreprises/conventions-collectives-nationales/commerces-detail-non-alimentaires/>

# RÉGIME LABELLISÉ DE PRÉVOYANCE

## LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME

### Qui sont les bénéficiaires ?

Est couvert par le régime labellisé de Prévoyance, l'ensemble du personnel d'une entreprise qui adhère au régime. La couverture prend effet à la date d'adhésion précisée au certificat d'adhésion, en général à l'entrée du salarié dans l'entreprise.

### La situation familiale

La situation familiale du salarié a également son importance, notamment pour les garanties Décès, puisque les prestations sont fonction de celle-ci.

Ainsi, est considéré(e) comme **conjoint(e)** l'époux(se), non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations, ou le partenaire lié au participant par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

Un **enfant**, qu'il soit légitime, naturel, adoptif ou reconnu, est considéré comme étant à la charge du salarié jusqu'à son 18<sup>e</sup> anniversaire (ou jusqu'à son 26<sup>e</sup> anniversaire en cas de poursuite d'études).

### Pièce justificative à envoyer lors de l'adhésion par le salarié

- La désignation des bénéficiaires du capital décès

## LE FINANCEMENT DU RÉGIME

Les cotisations sont exprimées en fonction d'un pourcentage des tranches du salaire. Ces taux sont détaillés ci-après :

	T1	T2
<b>Total régime conventionnel</b>	<b>1,16 %</b>	<b>1,78 %</b>
Option 1	+ 0,95 %	+ 0,95 %
Option 2	+ 1,47 %	+ 1,47 %
Maintien de salaire	+ 0,89 %	+ 1,25 %

En 2026, le montant du Plafond mensuel de la Sécurité sociale est de 4 005 €.

**T1** : Tranche 1 (part de la rémunération entre le premier euro et jusqu'à 1 x le Plafond mensuel de la Sécurité sociale), soit de 1 € à 4 005 € brut par mois.

**T2** : Tranche 2 (part de la rémunération entre 1 et 4 x le Plafond mensuel de la Sécurité sociale), soit entre 4 005 € et 16 020 € brut par mois.

**Exemple** : Pour un salarié percevant 2 000 € brut par mois, celui-ci va cotiser :

- **Base conventionnelle** : 23,20 € par mois
- **Option 1** : 42,20 € par mois
- **Option 2** : 52,60 € par mois

Cette cotisation est prise en charge au minimum à 50 % par l'employeur (à l'exception de la garantie Maintien de salaire, qui est une option à la charge du seul employeur, cf. p. 12).

## DANS QUELS CAS LE SALARIÉ A-T-IL DROIT AU MAINTIEN DES GARANTIES APRÈS CESSATION DE SON EMPLOI ?

### Maintien des garanties au titre de la portabilité

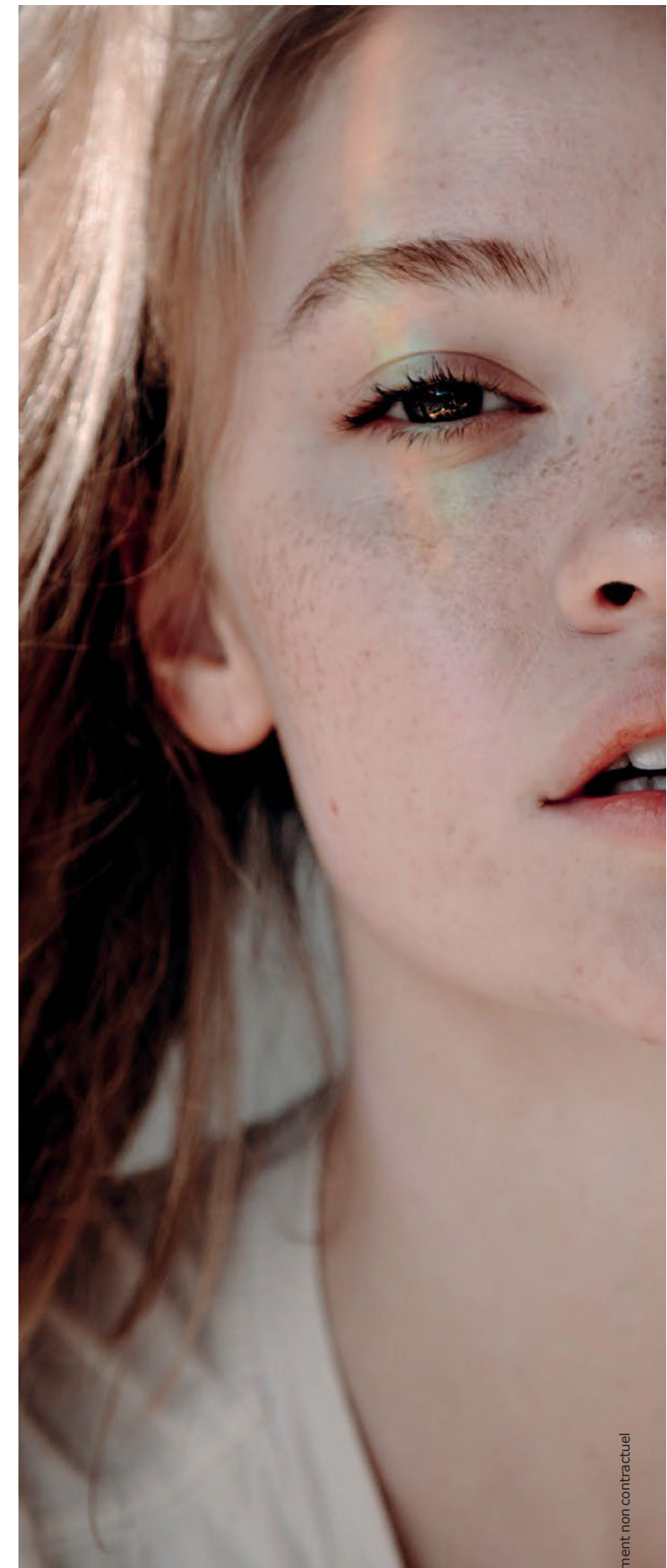
Le salarié peut bénéficier du maintien des garanties si son contrat de travail a pris fin (excepté dans le cas d'un licenciement pour faute lourde) et s'il perçoit les allocations de l'assurance chômage : il est alors en **portabilité**. Pour en bénéficier, il faut qu'il retourne un bulletin de demande de portabilité à son assureur. La durée de la portabilité est équivalente à celle de son dernier contrat de travail, dans la limite de 12 mois, et elle prend fin lorsqu'il cesse de percevoir les allocations chômage. Le financement du maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise est réalisé à l'aide de la mutualisation, aucune cotisation ne sera demandée au salarié.

### Maintien des garanties au titre de la loi Évin

Les salariés en arrêt de travail, même en cas de résiliation ultérieure du contrat de prévoyance, et s'ils sont reconnus en état d'invalidité ou d'incapacité permanente postérieurement à la date de résiliation, bénéficient également du maintien des garanties au titre de la « loi Évin ».

## La désignation des bénéficiaires du capital décès

Le salarié peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès au moment de son affiliation, à l'aide d'un formulaire délivré par son assureur. Cette désignation peut être modifiée à tout moment, notamment si elle n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance..).



## LES GARANTIES DÉCÈS

Le dispositif est composé d'une base conventionnelle pouvant être renforcée sous décision de l'employeur par deux options. Selon le niveau retenu par l'employeur, les garanties Décès sont rappelées ci-dessous.

	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Garanties Décès	T1 + T2 (en % du traitement de base)	T1 + T2 (en % du traitement de base)	T1 + T2 (en % du traitement de base)
<b>Capital décès toutes causes</b>			
Tout assuré quelle que soit sa situation familiale	140 %	300 %	300 %
Majoration par enfant à charge	60 %	60 %	100 %
<b>Invalidité absolue et définitive toutes causes</b>			
Versement par anticipation du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
<b>Double effet</b>			
En cas de décès du conjoint, simultané ou postérieur à celui de l'assuré, à condition qu'il reste au moins un enfant à charge du conjoint lors de son décès et initialement à la charge de l'assuré	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
<b>Doublement accident</b>			
En cas de décès accidentel de l'assuré	Néant	Néant	100 % du capital décès toutes causes
<b>Frais d'obsèques</b>			
En cas de décès de l'assuré	Frais réels, limités à 100 % du PMSS	Frais réels, limités à 100 % du PMSS	Frais réels, limités à 100 % du PMSS
<b>Rente éducation (plancher annuel de 1 000 € / option 1 + 500 € / option 2 + 1 000 €)</b>			
Enfant jusqu'au 12 <sup>e</sup> anniversaire	5,0 %	7,5 %	10 %
Enfant du 12 <sup>e</sup> au 18 <sup>e</sup> anniversaire	7,5 %	10 %	15 %
Enfant du 18 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> anniversaire (si poursuite d'études)	10 %	12,5 %	20 %
Doublement pour orphelin des deux parents	Garanti	Garanti	Garanti
<b>Rente de conjoint (annuelle)</b>			
Viagère	Néant	10 %	10 %
<b>Rente handicap</b>			
Viagère	500 € par mois	500 € par mois	500 € par mois

Les prestations (décès et arrêt de travail) sont exprimées en pourcentage du **traitement de base** correspondant à l'ensemble des rémunérations brutes perçues au cours des 12 derniers mois civils précédant le sinistre, limité aux tranches soumises à cotisations.

### Exemple – Décès

Madame A. est mariée et a trois enfants âgés de :

- 24 ans, en CDI et qui n'est plus considéré comme à charge.
- 21 ans, en études supérieures.
- 16 ans, il est au lycée.

Elle décède d'une maladie. Son bulletin de désignation de bénéficiaires mentionne son époux et ses enfants comme bénéficiaires du capital décès. Ses enfants sont également éligibles à une rente éducation. Son salaire était de 2 000 € brut par mois depuis 12 mois avant son décès ; elle a donc perçu 24 000 € par an avant son décès.

#### Ses bénéficiaires percevront donc :

##### • Capital décès :

- **Base conventionnelle** :  $260 \% \times 24\,000 = 62\,400 \text{ €}$
- **Option 1** :  $420 \% \times 24\,000 = 100\,800 \text{ €}$
- **Option 2** :  $500 \% \times 24\,000 = 120\,000 \text{ €}$

##### • Rente éducation :

- L'aîné âgé de 24 ans est en CDI et n'est pas considéré comme à charge ; il n'est donc pas éligible à une rente éducation.
- Le cadet âgé de 21 ans est en études supérieures ; il percevra une rente annuelle jusqu'à son 30<sup>e</sup> anniversaire (s'il poursuit ses études) :

- **Base conventionnelle** :  $10 \% \times 24\,000 = 2\,400 \text{ €}$
- **Option 1** :  $12,5 \% \times 24\,000 = 3\,000 \text{ €}$
- **Option 2** :  $20 \% \times 24\,000 = 4\,800 \text{ €}$

- Le benjamin âgé de 16 ans percevra une rente annuelle jusqu'à son 18<sup>e</sup> anniversaire (s'il ne poursuit pas ses études) :

- **Base conventionnelle** :  $7,5 \% \times 24\,000 = 1\,800 \text{ €}$
- **Option 1** :  $10 \% \times 24\,000 = 2\,400 \text{ €}$
- **Option 2** :  $15 \% \times 24\,000 = 3\,600 \text{ €}$

##### • Rente de conjoint :

- Le conjoint percevra, mais uniquement au titre de l'Option 1 et de l'Option 2, une rente annuelle viagère de :  
-  $10 \% \times 24\,000 = 2\,400 \text{ €}$ .

### Pièces justificatives à envoyer en cas de demande de prestation décès

- Extrait d'acte de décès
- Facture acquittée des frais d'obsèques
- Copie des bulletins de salaire correspondant à la rémunération au cours des 12 derniers mois
- Certificat médical
- Relevé d'identité bancaire
- Copie intégrale de l'acte de naissance de chacun des bénéficiaires
- Photocopie de l'avis d'imposition
- Copie du livret de famille
- Certificat de scolarité justifiant la qualité de l'enfant à charge
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques

## Attention !

La Sécurité sociale prévoit aussi, sous certaines conditions, le versement d'un capital décès, qui n'est pas automatique. Il faut en faire la demande dans un délai d'un mois. D'autres prestations peuvent être dues aux ayants droit ; pour plus d'informations, se rendre sur [ameli.fr](http://ameli.fr), dans la rubrique « Décès d'un proche ».

## ARTICULATION DES INDEMNISATIONS ARRÊT DE TRAVAIL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

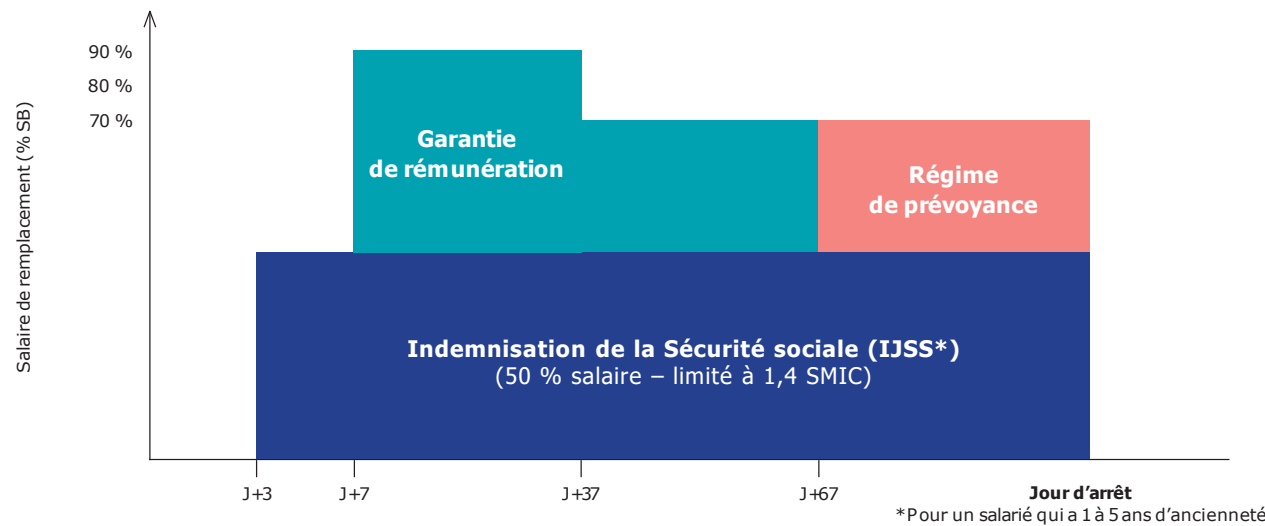
### L'intervention du régime labellisé en cas d'arrêt de travail

Concernant les garanties **Arrêt de travail**, celles-ci ont pour objectif de compenser la perte de revenu en cas de maladie, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'invalidité.

En cas d'arrêt de travail, le salarié a le droit à des indemnités journalières versées par le régime général, plus communément

appelé « **Sécurité sociale** », dues après un délai de carence de 3 jours. En complément, il incombe à l'employeur le versement d'une garantie de rémunération, à compter d'un délai de carence de 7 jours cette fois-ci.

Le régime labellisé intervient quant à lui en complément des prestations de la Sécurité sociale et en relai de la **garantie de rémunération**, c'est-à-dire une fois que la durée d'indemnisation partielle par l'employeur s'est écoulée.



### Intervention du régime général (Sécurité sociale) en Incapacité

Lorsque son médecin lui prescrit un arrêt de travail, le salarié tombe dans l'état appelé **Incapacité** et il obtient un avis d'arrêt de travail à transmettre au plus tard dans les 48 heures à son employeur. À l'aide de sa carte Vitale, l'Assurance maladie est automatiquement prévenue via la télétransmission. L'employeur émet alors

une attestation de salaire qu'il transmet à la caisse d'assurance maladie, permettant de calculer les indemnités journalières (**IJSS**).

L'indemnisation débute à compter du 4<sup>e</sup> jour (sauf accident du travail ou maladie professionnelle), sur la base de 50 % de la moyenne du salaire perçu sur les 3 derniers mois (ou sur les 12 derniers mois en cas d'activité discontinuée), dans la limite de 1,4 x le SMIC.

### La garantie de rémunération en cas d'arrêt de travail

À partir du 8<sup>e</sup> jour d'absence, l'employeur est tenu de verser au salarié une indemnisation complémentaire destinée à compléter les indemnités de la Sécurité sociale, afin d'assurer le maintien partiel de sa rémunération.

Le salarié percevra 90 % de sa rémunération brute (sous déduction des IJSS) pendant une première période, puis 70 % de cette rémunération (toujours sous déduction des IJSS) pendant une seconde période.

Cette **garantie de rémunération** intervient pendant une durée déterminée en fonction de l'ancienneté du salarié, selon les modalités ci-dessous :

Ancienneté dans l'entreprise	Indemnisation à 90 %	Indemnisation à 70 %
1 à 5 ans inclus**	30 jours	30 jours
6 à 10 ans inclus	40 jours	40 jours
11 à 15 ans inclus	50 jours	50 jours
16 à 20 ans inclus	60 jours	60 jours
21 à 25 ans inclus	70 jours	70 jours
26 à 30 ans inclus	80 jours	80 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours

\*\*À partir de 6 mois d'ancienneté en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Les **délais de carence** (3 jours pour la Sécurité sociale, 7 jours pour la garantie de rémunération) s'appliquent uniquement à la maladie, à l'accident de la vie privée et à l'accident de trajet. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'indemnisation commence au 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.



## LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Le régime labellisé	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Garanties Arrêt de travail	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)
<b>Incapacité de travail</b>			
Franchise			
Ancienneté ≥ 1 an	Relai du maintien de salaire (derniers droits)	Relai du maintien de salaire (derniers droits)	Relai du maintien de salaire (derniers droits)
Ancienneté < 1 an	90 jours continus	90 jours continus	90 jours continus
Prestations (en % du traitement de base, y compris les IJSS* brutes)			
Ancienneté ≥ 1 an	70 %	80 %	85 %
Ancienneté < 1 an	70 %	80 %	85 %

\* IJSS = Indemnités journalières de la Sécurité sociale.

### Exemple Arrêt de travail – ancienneté ≥ 1 an

Madame B. tombe malade le 12 octobre 2026 ; à cette date, son ancienneté au sein de son entreprise est de 14 mois.

Elle perçoit 2 000 € brut par mois, soit un salaire de référence journalier de 65,75 €.

Son **indemnisation au titre de la Sécurité sociale** débute au 4<sup>e</sup> jour d'arrêt, le 15 octobre, et courra jusqu'au terme de l'arrêt (dans une limite de 3 ans).

Les indemnités versées par l'Assurance maladie (IJSS) sont de :  $50\% \times 65,75 = 32,88$  € par jour.

Madame B. bénéficie de la **garantie de rémunération** (maintien de salaire conventionnel par l'employeur), qui débute au 8<sup>e</sup> jour d'arrêt, le

19 octobre, et dont la durée est fonction de son ancienneté : 1 an = 30 jours + 30 jours.

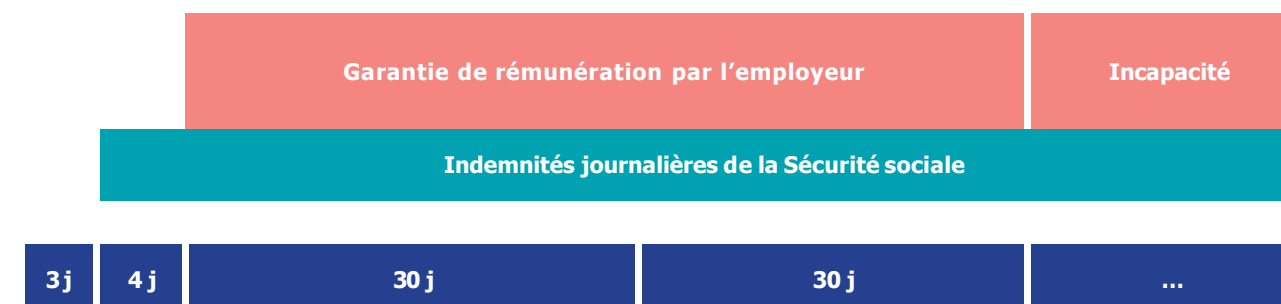
Son indemnisation conventionnelle par l'employeur est de :

- $(90\% \times 65,75) - 32,88 = 26,30$  € par jour pendant 30 jours ;
- $(70\% \times 65,75) - 32,88 = 13,15$  € par jour pendant 30 jours.

La **garantie Incapacité** du régime labellisé prendra ensuite le relai de la garantie de rémunération. Son niveau dépendra de l'option retenue :

- **Base** :  $(70\% \times 65,75) - 32,88 = 13,15$  € par jour
- **Option 1** :  $(80\% \times 65,75) - 32,88 = 19,73$  € par jour
- **Option 2** :  $(85\% \times 65,75) - 32,88 = 23,01$  € par jour

## Indemnisation complémentaire\*\*\*



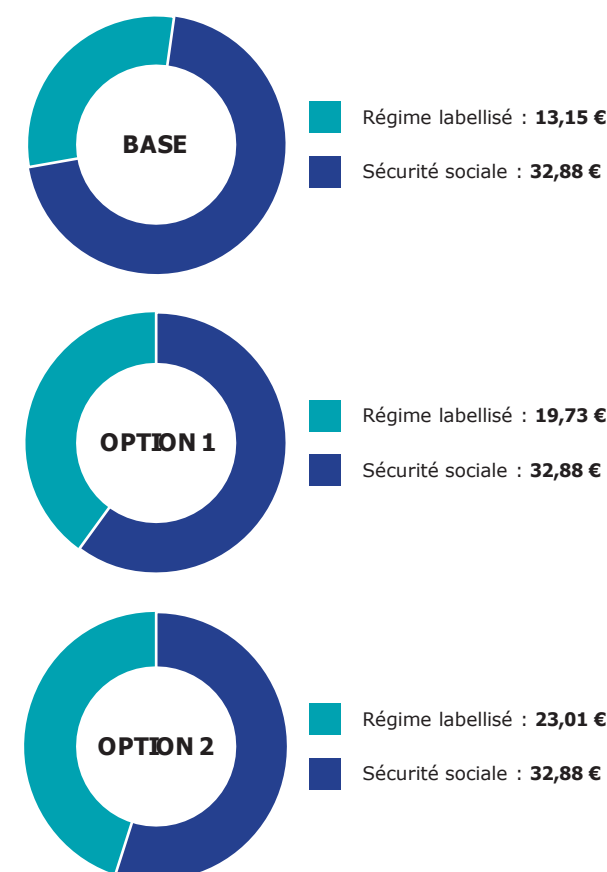
\*\*\* Hors accident du travail et maladie professionnelle.

### Pièces justificatives à envoyer en cas de demande de prestation Incapacité

- Copie des bulletins de salaire correspondant à la rémunération au cours des 12 derniers mois
- Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale
- Certificat médical précisant la nature de l'affection, la date de première constatation
- Relevé d'identité bancaire
- Attestation de l'entreprise indiquant le salaire brut et net
- Photocopie de l'avis d'imposition
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques (rechute...)

## Exception : arrêt de travail ancienneté < 1 an

Si l'ancienneté du salarié est inférieure à 1 an (6 mois pour un accident du travail ou une maladie professionnelle), il ne bénéficie pas de la garantie de rémunération conventionnelle : c'est alors la **garantie Incapacité** du régime labellisé qui intervient, à la suite d'un période de franchise de 90 jours, et à un niveau qui varie en fonction de l'option retenue (voir ci-contre).





## La garantie Maintien de salaire

Il ne faut pas confondre la **garantie de rémunération** (obligation conventionnelle de maintien du salaire par l'employeur) et la **garantie Maintien de salaire**. Cette dernière est une option souscrite par l'employeur et à sa charge exclusive (cotisations : 0,89 % T1 et 1,25 % T2).

En cas de souscription, l'assureur verse les indemnités de maintien de salaire à l'entreprise, qui les reverse au salarié, nettes de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

Cette option n'entraîne aucun changement du point de vue du salarié. Elle intervient et prend fin en même temps que la garantie de rémunération conventionnelle ; c'est ensuite la garantie Incapacité du régime de prévoyance qui prend le relais.



## LES GARANTIES INVALIDITÉ

### Intervention du régime de base (Sécurité sociale) en Invalidité

La Sécurité sociale peut reconnaître le salarié en état dit d'**Invalidité**. À noter qu'au-delà de 3 ans maximum dans l'état d'Incapacité, si son état ne lui permet pas de reprendre une activité, il bascule également en Invalidité. Le risque Inva-

lidité est donc un risque lourd et long puisque le salarié est reconnu invalide de manière permanente.

Il existe trois catégories d'Invalidité, répertoriées, ainsi que leurs indemnités par l'Assurance maladie, dans le tableau ci-dessous :

CATÉGORIE	DÉFINITION	INDEMNISATION
1 <sup>re</sup> catégorie	Capable d'exercer une activité professionnelle	30 % du salaire brut calculé à partir des 10 meilleures années d'activité
2 <sup>e</sup> catégorie	Absolument incapable d'exercer une activité professionnelle	50 % du salaire brut calculé à partir des 10 meilleures années d'activité
3 <sup>e</sup> catégorie	Incapable d'exercer une activité professionnelle et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne	50 % du salaire brut calculé à partir des 10 meilleures années d'activité + majoration pour la prise en charge de la tierce personne

Le régime labellisé	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)
<b>Invalidité (y compris la pension d'invalidité brute de la Sécurité Sociale)</b>			
1 <sup>re</sup> catégorie	42 %	48 %	60 % de la pension 2 <sup>e</sup> catégorie
2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> catégorie ou Incapacité Permanente Partielle ≥ 66 %	70 %	80 %	100 % du salaire net

### Exemple Arrêt de travail – Invalidité

Monsieur M. tombe en invalidité de 2<sup>e</sup> catégorie. L'Assurance maladie lui verse une pension égale à 50 % du salaire moyen qu'il a perçu pendant ses 10 meilleures années d'activité, soit  $50\% \times 1\,800 = 900\text{€}$ .

En complément, le régime labellisé lui versera :

• **Base conventionnelle** : 70 % de sa rémuné-

ration brute, perçue au cours des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail, soit  $(70\% \times 2\,000) - 900 = 500\text{€}$ .

• **Option 1** : 80 % de sa rémunération brute, perçue au cours des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail, soit  $(80\% \times 2\,000) - 900 = 700\text{€}$ .

• **Option 2** : 100 % du salaire net de Monsieur M., soit environ  $1\,700 - 900 = 800\text{€}$ .

### Pièces justificatives à envoyer en cas de demande de prestation invalidité

- Copie des bulletins de salaire correspondant à la rémunération au cours des 12 derniers mois
- Certificat médical précisant la nature de l'affection, la date de première constatation
- Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité
- Relevé d'identité bancaire
- Attestation de l'entreprise indiquant le salaire brut et net
- Photocopie de l'avis d'imposition
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques

## COMMENT LE SALARIÉ EST-IL INDEMNISÉ ?

### Incapacité

Les indemnités journalières sont versées directement à l'employeur lorsque le contrat de travail est suspendu.

C'est ensuite à l'employeur de les reverser au salarié au même titre que son salaire, nettes de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

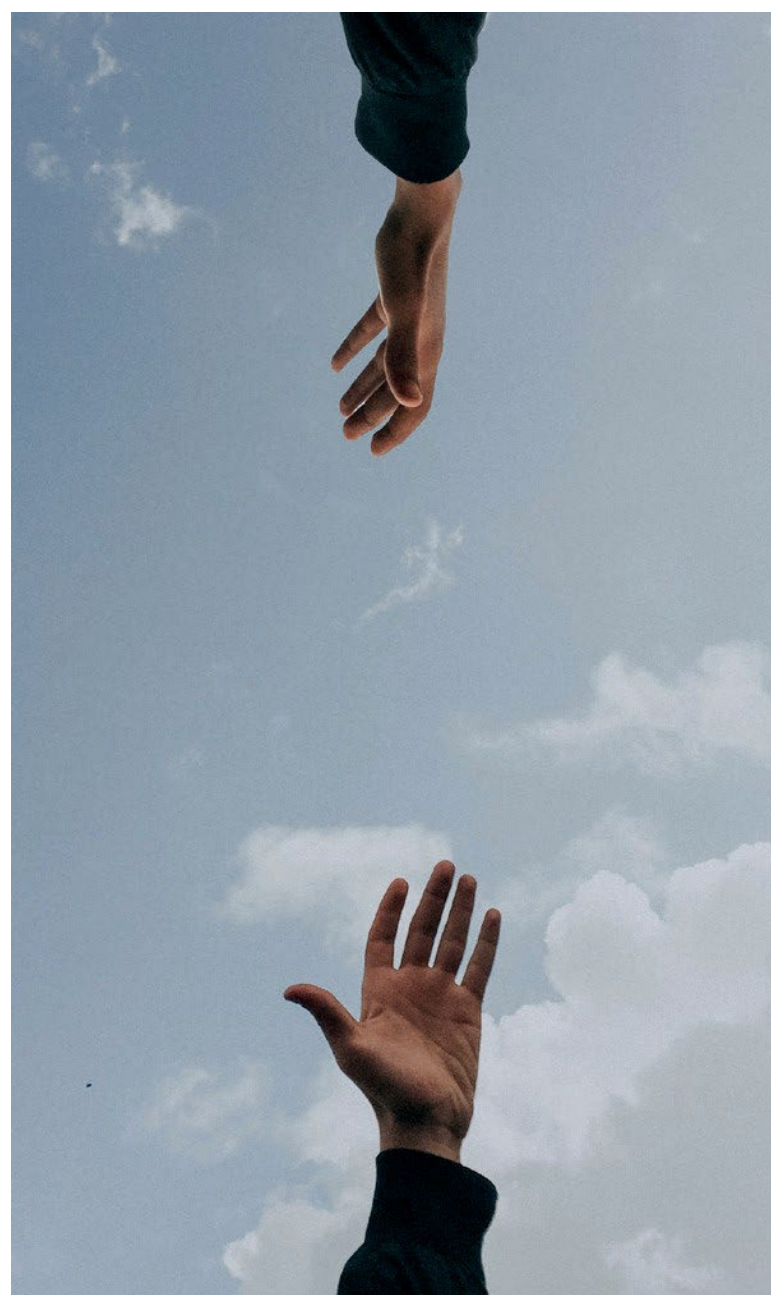
Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au salarié, nettes de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

### Invalidité

La rente est payée mensuellement à terme échu, directement à l'assuré, nette de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

### Rente éducation

La rente éducation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant le décès. Elle est réglée au conjoint/tuteur ou à l'enfant majeur chaque trimestre d'avance.



# RÉGIME LABELLISÉ DE FRAIS DE SANTÉ

## LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME

### Qui bénéficie de ce régime ?

#### Sous quelles conditions ?

- **Le salarié** : il est l'**assuré** principal. Son adhésion est **obligatoire**, sauf en cas de dispense (cf. ci-dessous). La dispense se fait à son initiative.
- **Le conjoint(e), à titre facultatif** : s'il est lié au salarié par le mariage, le Pacs ou le concubinage.
- **Les enfants à la charge du salarié, à titre facultatif** également, s'ils ont moins de 20 ans et qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale (par le salarié ou son conjoint). Ils ont aussi la possibilité d'adhérer au régime s'ils ont entre 20 et 26 ans et qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils perçoivent un salaire inférieur à 55 % du SMIC.

Le conjoint et les enfants qui adhèrent au régime sont appelés «**ayants droit**».

### Combien de temps le salarié est-il couvert ?

L'affiliation débute dès son entrée dans l'entreprise. La date d'affiliation des ayants droit est la même que la sienne, sauf si le choix de leur adhésion est fait plus tard, lors d'un changement de situation familiale. Dans ce cas, ils seront couverts au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande.

L'affiliation prend fin à la fin du mois où le contrat de travail s'est terminé, ou bien lorsque l'entreprise change de régime de frais de santé.

Celle des ayants droit du salarié prend fin en même temps que la sienne, ou bien lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires.

## Cas de dispense d'affiliation pour les salariés

- Les CDD et apprentis en contrat de moins de 12 mois (sans justificatifs).
- Les CDD et apprentis en contrat de 12 mois et plus (sous réserve de justifier d'une couverture qui offre le même type de garanties).
- Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).
- Les salariés à temps partiel et les apprentis dont la cotisation de base représente au moins 10 % du salaire brut.
- Les salariés dont le conjoint a obligation de couvrir ses ayants droit.
- Les salariés déjà couverts par un contrat individuel (jusqu'à échéance de celui-ci).
- Les salariés à emplois multiples déjà couverts dans un autre de leurs emplois.
- Les salariés bénéficiant du régime Alsace-Moselle, sous certaines conditions.

### Pièces justificatives à envoyer par le salarié lors de son adhésion

- Le bulletin d'affiliation individuelle transmis par l'employeur au moment de l'embauche
- Un relevé d'identité bancaire
- Son attestation carte Vitale et celles des ayants droit (en cas d'affiliation des ayants droits)
- Un mandat de prélèvement SEPA (en cas d'affiliation facultative)
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques (livret de famille, justificatif de scolarité...)

### Dans quels cas le salarié a-t-il droit au maintien des garanties après la cessation de son emploi ?

1° Il peut bénéficier du maintien des garanties si son contrat de travail a pris fin (excepté dans le cas d'une faute lourde) et s'il touche les allocations chômage : il est alors en **portabilité**.

C'est l'entreprise qui fait la demande de portabilité auprès de l'assureur, et le salarié doit fournir à l'assureur les justificatifs qui lui seront demandés. Ses ayants droit bénéficient également de la portabilité. Celle-ci peut durer jusqu'à 12 mois maximum et prend fin lorsqu'il reprend une activité professionnelle. La partie adhésion obligatoire est gratuite pour le salarié. En revanche, les adhésions facultatives restent à ses frais.

2° Dans certains cas (anciens salariés bénéficiant d'une rente incapacité, invalidité ou retraite, ou d'un revenu de remplacement, ou bien ayants droit de salariés décédés), le salarié peut également bénéficier du maintien des garanties au titre de la « **loi Évin** ». Il a alors le choix entre ses garanties actuelles ou un régime d'accueil avec plusieurs formules.

C'est à lui de faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la fin de son contrat de travail ou de la période de portabilité (ou le décès pour les ayants droits). Les cotisations seront totalement à ses frais (ou à ceux de ses ayants droit). Dans le cas où c'est lui qui bénéficie du maintien de garanties (hors régime d'accueil), ses ayants droits ne pourront pas en bénéficier (hors adhésion antérieure).

## Qu'est-ce que le contrat responsable ?

On dit qu'un contrat est « *responsable* » s'il :

- Respecte les parcours de soins.
- Respecte un cahier des charges : garanties minimales, encadrement des remboursements...
- Est solidaire : les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

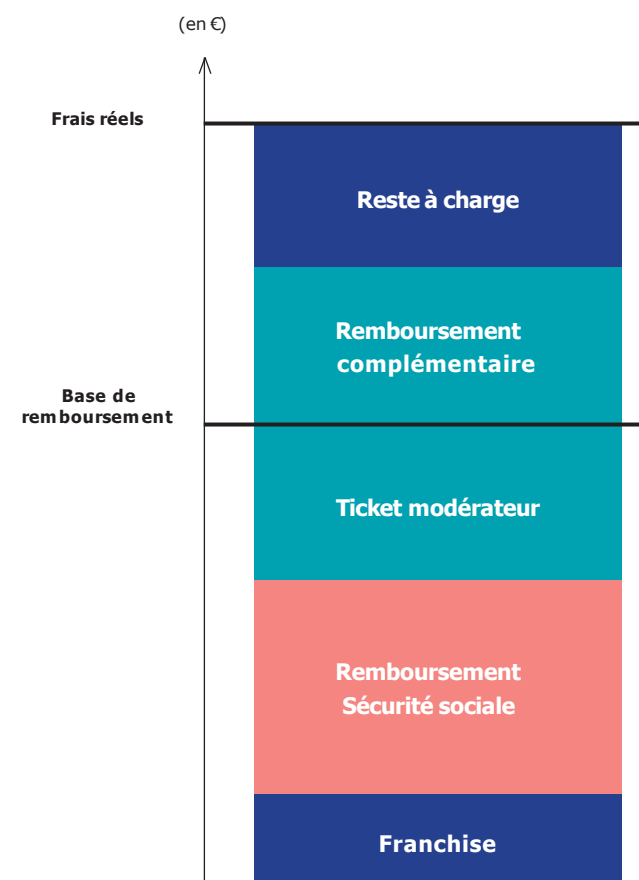
Le régime complémentaire proposé par la branche professionnelle des Commerces de Détails Non Alimentaires est responsable, permettant ainsi son financement dans un cadre fiscal et social très avantageux.

## COMMENT FONCTIONNENT LES REMBOURSEMENTS EN SANTÉ ?

### À quoi sert la Sécurité sociale ? Et la complémentaire santé ?

La Sécurité sociale offre une couverture de base pour les dépenses de santé des salariés. Mais

elle ne rembourse pas tous les frais engagés. La complémentaire est là pour prendre en charge, à hauteur des garanties, tout ou partie des frais qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.



### Qui paie ?

- L'assuré
- La complémentaire santé
- La Sécurité sociale

### Remboursement d'une dépense en santé

La Sécurité sociale fixe pour chaque acte de santé :

- Une **base de remboursement** (BR), qui est un tarif de référence pour les remboursements.
- Un **taux de remboursement**, qui est compris entre 0 % et 100 % et qui sera appliqué à la base de remboursement pour déterminer le remboursement de la Sécurité sociale.

### Exemple de remboursement

Pour une consultation à 35 € chez un médecin généraliste (médecin traitant), la base de remboursement est de 30 € et le taux de remboursement est de 70 %. Le remboursement de la Sécurité sociale sera alors de :  $30 \times 70 \% = 21 \text{ €}$  (avant franchise – cf. ci-dessous).

### Participation forfaitaire :

Certains actes sont soumis à une **franchise médicale** ou **participation forfaitaire**. Il s'agit d'une participation symbolique de la part de l'assuré sur des actes comme les consultations médicales (2 €), les médicaments (1 €)... La franchise est déduite des remboursements de la Sécurité sociale.

Dans l'exemple précédent, la franchise est de 2 €. La Sécurité sociale prendra finalement en charge  $21 - 2 = 19 \text{ €}$ .

### Ticket modérateur :

La différence entre la base de remboursement et ce que rembourse la Sécurité sociale (plus l'éventuelle franchise), est appelée « **ticket modérateur** ». Cette partie est prise en charge par la complémentaire santé responsable.

Dans l'exemple, le ticket modérateur, pris en charge intégralement par la complémentaire santé, s'élève à :  $30 - 19 - 2 = 9 \text{ €}$ .

### Dépassement :

Parfois, les frais d'un acte médical peuvent aller au-delà de la base de remboursement. La partie supérieure à la base de remboursement s'appelle le **dépassement**. Il peut être pris en charge, intégralement ou partiellement, par la complémentaire santé. La partie qui n'est pas prise en charge s'appelle le **reste à charge** et elle est aux frais du salarié.

Dans l'exemple, le dépassement, pouvant éventuellement être pris en charge par la complémentaire santé, est de :  $35 - 19 - 2 - 9 = 5 \text{ €}$ .

## COMMENT LIMITER LE RESTE À CHARGE ?

### Respecter le parcours de soins

Si ce n'est pas déjà fait, le salarié doit déclarer un médecin traitant à la caisse d'Assurance maladie. C'est ce médecin qu'il devra aller voir en priorité, et qui va, en cas de besoin, l'orienter vers d'autres professionnels de santé. S'il ne respecte pas le parcours de soins, ses remboursements de Sécurité sociale et complémentaires seront moins avantageux.

### Veiller au secteur de conventionnement dont relève son médecin

Il existe différents secteurs de conventionnement, qui n'ont pas les mêmes règles au niveau des remboursements. Ils sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Pour limiter le reste à charge, il est préférable de privilégier les professionnels de santé conventionnés du **Secteur 1** ou du **Secteur 2-DPTM**.

#### Conventionné Secteur 1

Il n'y a pas de dépassement (sauf cas exceptionnel). Les soins sont toujours bien remboursés.

## Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)

C'est un dispositif réglementaire visant à limiter les dépassements d'honoraires pour les professionnels de santé ayant souscrit à l'**OPTAM** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou **OPTAM-ACO** (pour les spécialistes en anesthésie, en chirurgie et en obstétrique) et qui favorise l'accès aux soins. Le salarié aura une meilleure prise en charge des soins pratiqués par ces praticiens dans le cadre de son contrat. Il est possible de voir sur [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) si les professionnels de santé que le salarié souhaite consulter sont signataires de l'**OPTAM/OPTAM-CO**.

#### Conventionné Secteur 2 DPTM

Les tarifs appliqués peuvent avoir des dépassements encadrés dans le cadre du DPTM.

#### Conventionné Secteur 2 Hors DPTM

Les dépassements sont moins encadrés que pour les professionnels qui adhèrent au DPTM.

#### Non conventionné

Les tarifs sont totalement libres et les remboursements sont très limités.

### Le dispositif "100 % Santé"

Il a été mis en place en 2019 et 2021 en dentaire, en optique et en audiologie et étendu en 2025/2026 aux fauteuils roulants et aux prothèses capillaires.

L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins, grâce à la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie et la complémentaire santé responsable. Il existe 3 types de panier :

#### Panier 100 % Santé

- Tarifs plafonnés,
- Reste à charge nul,
- Choix parmi certains équipements,
- Postes concernés :
  - Prothèses dentaires « Panier RAC 0 »
  - Verres et montures « Classe A »
  - Prothèses auditives « Classe I »
  - Prothèses capillaires « Classe II »
  - Location courte durée de fauteuils



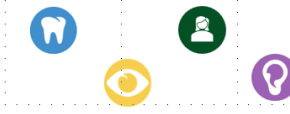
#### Panier tarif maîtrisé

- Tarifs plafonnés (plafonds plus élevés que pour le panier 100 % Santé),
- Remboursements en fonction des garanties,
- Reste à charge limité,
- Choix parmi certains équipements,
- Postes concernés :
  - Prothèses dentaires « Panier à tarif maîtrisé »
  - Prothèses capillaires « Classe III »



#### Panier tarif libre

- Tarifs libres,
- Remboursements en fonction des garanties,
- Équipements de gamme supérieure,
- Choix parmi plus d'options,
- Postes concernés :
  - Prothèses dentaires « Panier à tarif libre »
  - Verres et montures « Classe B »
  - Prothèses auditives « Classe II »
  - Prothèses capillaires « Classe IV »



### Les actes de prévention de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale prend en charge certains actes de prévention et de dépistage, comme par exemple les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal à partir de 50 ans, les examens bucco-dentaires pour les enfants tous les 3 ans, la contraception d'urgence pour les mineurs... La liste des actes pris en charge est disponible sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr), dans la rubrique « **Prévention et dépistages** ».



## LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE COUVERTURE ET LEURS TARIFS

### Les niveaux de couverture

Le régime labellisé mis en place propose **trois niveaux différents de couverture**. Le niveau de couverture minimum est défini par l'entreprise. S'il s'agit du niveau **Base**, le salarié peut alors adhérer à l'option 1 ou 2 de manière facultative. Si c'est la **Base + Option 1**, il peut alors adhérer à l'option 2 de manière facultative. Si c'est la **Base + Option 2**, il ne peut pas choisir d'option facultative. Le niveau de couverture de ses ayants droit sera le même que le sien.

### Résiliation des options facultatives

Le salarié peut résilier son option facultative par lettre simple, par déclaration au siège social, ou bien sur tout support durable (papier, mail...) :

- À l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

- À tout moment, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion.
- En cas de modification de garanties. La résiliation aura lieu lors du changement de garanties.

### Les cotisations mensuelles

Les cotisations sont détaillées dans le tableau ci-dessous. Elles sont exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (**PMSS**). En 2026, le montant du PMSS est de 4 005 €.

Elles dépendent du nombre d'ayants droit affiliés au régime complémentaire, ainsi que des options choisies. Le salarié paiera une cotisation pour lui-même et chacun de ses ayants droit. La cotisation enfant est gratuite à partir du 3<sup>e</sup> enfant.

	SALARIÉ		CONJOINT FACULTATIF		ENFANT FACULTATIF		
	Régime général	Régime Alsace Moselle	Régime général	Régime Alsace Moselle	Régime général	Régime Alsace Moselle	
<b>Base obligatoire Options 1 et 2 facultatives</b>	Base	1,16 %	0,67 %	1,26 %	0,67 %	0,72 %	0,43 %
	Option 1	+ 0,73 %		+ 0,81 %		+ 0,41 %	
	Option 2	+ 1,27 %		+ 1,41 %		+ 0,73 %	
<b>Base + Option 1 obligatoire Option 2 facultative</b>	Base + Option 1	1,82 %	1,34 %	1,98 %	1,39 %	1,08 %	0,79 %
	Option 2	+ 0,55 %		+ 0,60 %		+ 0,32 %	
<b>Base + Option 2 obligatoire</b>	Base + Option 2	2,31 %	1,83 %	2,51 %	1,93 %	1,38 %	1,09 %

## Focus salarié seul avec niveau de couverture obligatoire (régime général)

- **Base** : 1,16 % PMSS → **46,46 € / mois**
- **Base + Option 1** : 1,82 % PMSS → **72,89 € / mois**
- **Base + Option 2** : 2,31 % PMSS → **92,52 € / mois**

L'employeur finance à minima 50 % du montant de la cotisation obligatoire. Les cotisations des ayants droit et celles des options facultatives choisies par le salarié sont intégralement à sa charge.

### Exemple

Madame S. fait partie d'une entreprise dont le niveau de couverture minimum est Base + Option 1. Sa cotisation mensuelle obligatoire est de **72,89 €**. Son employeur finance 50 % de sa cotisation, soit  $50\% \times 72,89 = 36,45 \text{ €}$ .

Sa part de cotisation est de  $72,89 - 36,45 = 36,44 \text{ €}$ .

Elle décide d'adhérer également à l'Option 2. Elle paiera alors  $0,55\% \times 4\,005 = 22,03 \text{ €}$  en plus.

Elle souhaite aussi faire adhérer ses 2 enfants. Cela lui coûtera  $2 \times (1,08\% + 0,32\%) \times 4\,005 = 112,14 \text{ €}$  en plus.

Madame S. paiera au total  $36,44 + 22,03 + 112,14 = 170,61 \text{ €}$ .

## Adhésion aux options facultatives

Le salarié peut adhérer aux options facultatives :

- En même temps que son affiliation au régime rendu obligatoire par son entreprise, ou lors d'un changement de situation familiale.
- À tout moment durant la vie du contrat.
- Le salarié a la possibilité de changer d'option au 1<sup>er</sup> janvier après un délai de prévenance de 2 mois. Ce changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'affiliation à son option actuelle.

## LES GARANTIES SANTÉ

### Les différents libellés de garanties

Les remboursements proposés par les garanties sont exprimés de plusieurs manières :

- **En €** : forfait en euros par année civile.
- **En % PMSS** : pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (4 005 € en 2026).
- **En % BR** : pourcentage de la base de remboursement, qui dépend de l'acte.
- **En % FR** : pourcentage du coût de l'acte médical.

Les remboursements énoncés dans la grille de garanties ci-dessous sont exprimés dans la limite des frais réellement engagés et y compris la Sécurité sociale ; c'est-à-dire qu'ils incluent le remboursement de la Sécurité sociale et que le salarié ne peut pas être remboursé plus que le montant qu'il a dépensé.

Les garanties	Base		
	obligatoire	+ Option 1	+ Option 2
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR		
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultations, visites et téléconsultations généralistes</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO	130 % BR	140 % BR	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO	110 % BR	120 % BR	130 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
<b>Consultations, visites et téléconsultations spécialistes</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
<b>Actes techniques médicaux</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO	140 % BR	150 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO	120 % BR	130 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
<b>Actes d'imagerie et d'échographie</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	120 % BR	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		

<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR		
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR		
<b>Médicaments</b>			
Médicaments remboursés à hauteur de 65 %	100 % BR		
Médicaments remboursés à hauteur de 30 %	100 % BR		
Médicaments remboursés à hauteur de 15 %	Néant	Néant	100 % BR
<b>Autres soins courants</b>			
Frais de transport	100 % BR		
Participation forfaitaire aux actes lourds (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR		
<b>Matériel médical (inscrit à la Liste des Produits et Prestations [LPP])</b>			
Matériel médical "100 % Santé" (limité au forfait réglementaire en vigueur) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèses capillaires de classe II</li> <li>• Fauteuils roulants : forfait de location de courte durée et de mise à disposition</li> </ul>	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente		
Prothèses capillaires de classe I, de classe III (dans la limite des prix limites de vente) et de classe IV	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale (hors aide auditive, prothèses dentaires et fauteuils roulants) – exemple : lit médicalisé	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale (hors aide auditive et prothèses dentaires) – exemples : orthopédie, prothèses mammaires	300 % BR	400 % BR	500 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Honoraires y compris maternité</b>			
<b>Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
<b>Forfait journalier hospitalier</b>			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Autres frais d'hospitalisation</b>			
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR		

<b>Les garanties</b>	<b>Base</b>	<b>Base + Option 1</b>	<b>Base + Option 2</b>
Frais de transport (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR		
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR		
Forfait Patient Urgences (facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation)	100 % FR		
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/J	2,5 % PMSS/J	4 % PMSS/J
Lit d'accompagnement – maxi 15 jours/an	1 % PMSS/J	2 % PMSS/J	2 % PMSS/J
<b>OPTIQUE</b> Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins. Équipements Verres et monture : deux classes d'équipements			
<b>Équipements "100 % Santé"</b> tel que défini réglementairement			
Verres et monture de classe A	Zéro reste à charge dans la limite du panier "100 % Santé"		
<b>Autres équipements Optique, y compris suppléments optiques – exemples : prisme, appairage</b>			
Monture	100 €		
Forfait Verre à simple foyer (verre unifocal), par verre (y compris le TM)	60 % BR + 60 €	60 % BR + 100 €	160 €
Forfait Verre complexe (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre (y compris le TM)	60 % BR + 145 €	60 % BR + 200 €	300 €
Forfait Verre très complexe (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre (y compris le TM)	60 % BR + 160 €	60 % BR + 275 €	350 €
Frais adaptation	100 % BR		
<b>Autres dispositifs de correction optique</b>			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B
Chirurgie réfractive	300 €/A/B	600 €/A/B	1 000 €/A/B
<b>DENTAIRE – Soins et prothèses : trois paniers de soins</b>			
<b>Soins et prothèses "100 % Santé"</b> tel que défini réglementairement			
Panier "100 % Santé" tel que défini réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier "100 % Santé"		
<b>Autres soins</b>			
Soins du panier modéré	100 % BR dans la limite du HLF	100 % BR dans la limite du HLF	100 % BR dans la limite du HLF
Soins du panier libre	100 % BR		
Inlay-onlays du panier modéré	120 % BR dans la limite du HLF	120 % BR dans la limite du HLF	200 % BR dans la limite du HLF
Inlays-onlays du panier libre	100 % BR		

<b>Prothèses</b>			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la Sécurité sociale du panier modéré	185 % BR dans la limite du HLF	330 % BR dans la limite du HLF	400 % BR dans la limite du HLF
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la Sécurité sociale du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Inlay-Core du panier modéré	185 % BR dans la limite du HLF	330 % BR dans la limite du HLF	400 % BR dans la limite du HLF
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	200 €/A/B	325 €/A/B	400 €/A/B
<b>Autres dispositifs dentaires</b>			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	140 % BR	275 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	200 €/A/B	400 €/A/B	500 €/A/B
<b>AIDE AUDITIVE</b> Aide auditive : deux classes d'équipements (classe I ou "100 % Santé" et classe II)			
<b>Équipements "100 % Santé"</b> tel que défini réglementairement			
<b>Équipement de classe I</b>	Zéro reste à charge dans la limite du panier "100 % Santé"		
<b>Autres équipements</b>			
<b>Équipement de classe II</b>			
Appareil auditif/oreille	550 €/oreille	850 €/oreille	1 000 €/oreille
<b>Autres dispositifs auditifs</b>			
<b>Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la Sécurité sociale</b>	100 % BR		
<b>PRÉVENTION</b>			
<b>Kit Confort</b>			
Professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	30 €/séance Maximum 2 séances/A/B	40 €/séance Maximum 3 séances/A/B	40 €/séance Maximum 4 séances/A/B
<b>Maternité/Contraception</b>			
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	Néant	200 €/enfant	300 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale	100 €/A/B	100 €/A/B	150 €/A/B

**A : an | B : bénéficiaire | J : jour | HLF : honoraires limites de facturation | TM : Ticket modérateur**

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Quatre exemples de remboursements sont proposés ci-dessous pour chaque niveau de couverture : Base, Base + Option 1 et Base + Option 2.

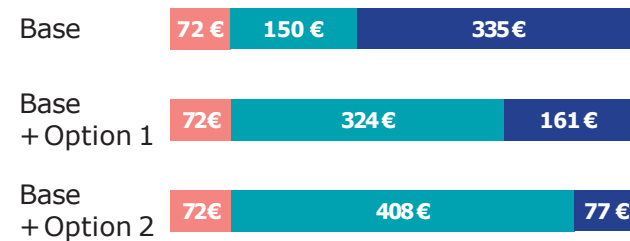
### Consultation spécialiste conventionné Secteur 2 – Hors OPTAM à 67 €



### Lunettes adulte (2 verres simples +1 monture) – Panier libre à 366 €\*



### Couronne céramo-métallique sur molaires – Panier libre à 557 €



### Séance d'ostéopathie à 50 €



■ À la charge de l'assuré ■ Remboursement complémentaire ■ Remboursement Sécurité sociale

\* Les remboursements Sécurité sociale n'apparaissent pas sur le graphique car leur montant est trop faible (moins de 0,10 € au total pour verres et montures).

## COMMENT LE SALARIÉ EST-IL REMBOURSÉ ?

### Le tiers payant

Le tiers payant permet la **dispense d'avance des frais** auprès des professionnels de santé. Le salarié n'a donc pas besoin d'avancer les frais couverts par la complémentaire santé.

Une **carte de tiers payant** lui est remise lors de son affiliation, puis chaque année ensuite, pour lui et ses ayants droit. Il peut également la retrouver sur son espace personnel.

Cette carte indique les actes pour lesquels le tiers payant s'applique. Le salarié devra alors

**la présenter au moment de payer** pour ne pas avoir à avancer les frais. S'il ne présente pas sa carte de tiers payant, il lui faudra envoyer un justificatif de paiement à sa complémentaire.

### La télétransmission NOEMIE

La télétransmission NOEMIE permet **l'échange d'informations** entre l'Assurance maladie et la complémentaire santé. Les remboursements seront alors effectués automatiquement par virement sur le compte bancaire du salarié.

La télétransmission est **activée automatiquement** pour le salarié et ses ayants droit, sauf s'il bénéficie d'un régime spécifique.

La télétransmission n'est pas activée non plus pour son conjoint s'il bénéficie déjà de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat auprès de son employeur.

## Attention !

Le salarié doit vérifier sur l'espace personnel que la télétransmission est bien active. Dans le cas contraire, le salarié devra envoyer certains justificatifs à sa complémentaire santé pour l'activer.

### L'envoi de justificatifs

Parfois, certains actes nécessitent l'envoi de justificatifs supplémentaires avant le remboursement, par exemple :

- les soins dentaires,
- l'orthodontie,
- les lunettes et les lentilles en cas de modification de la vue,
- les actes non remboursés par la Sécurité sociale (médecine alternative, implants...),
- certains actes d'hospitalisation,
- les allocations naissance...

Les justificatifs peuvent être déposés sur l'espace personnel du salarié. Il peut s'agir de factures, d'ordonnances, d'actes de naissance...

## AUTRES AVANTAGES DU DISPOSITIF

En plus des garanties de prévoyance et de frais de santé, d'autres **services** sont mis en place par les assureurs.

### Fonds de prévention et de solidarité

Les régimes (Prévoyance et Santé) prévoient des fonds « degré élevé de solidarité » (DES), dédiés au financement de prestations non contributives de prévention et de solidarité décidées par les partenaires sociaux. Ces fonds sont destinés aux salariés des entreprises ayant souscrit un contrat auprès d'un assureur labellisé par la branche. *Voir la page suivante.*

### Fonds d'action sociale et autres services

Chaque assureur possède un fonds d'action sociale. Ce fonds est dédié à tous les assurés et propose aides financières et accompagnement à ceux qui en ont le plus besoin. Tout salarié peut faire une demande d'action sociale en contactant son assureur.

Les assureurs proposent également d'autres services et aides pour le quotidien, disponibles directement sur les espaces personnels de l'entreprise et du salarié.

# DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

## Santé

Le fonds **DES Santé** propose la mise en place, au profit exclusif des bénéficiaires du régime de Frais de santé labellisé de la branche, d'actions individuelles et / ou collectives, en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Pièces justificatives à fournir : bulletin de salaire, document de demande d'intervention, factures...

- **Remboursement du reste à charge** > 100 € (pour un minimum de 5 € et dans la limite de 700 €) **en cas d'hospitalisation** sur les honoraires médicaux/chirurgicaux remboursés par la Sécurité sociale (situation de dépenses d'urgence),
- **Prise en charge de la part salariale de la cotisation** complémentaire santé des salariés sous contrat d'**apprentissage** ou de **professionnalisation**,

## Prévoyance

Le fonds **DES Prévoyance** propose la mise en place, au profit exclusif des bénéficiaires du régime de Prévoyance labellisé de la branche, d'actions individuelles et / ou collectives, en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Pièces justificatives à fournir : bulletin de salaire, document de demande d'intervention, factures...

- **Aide aux aidants** :
  - **Outils de sensibilisation** aux enjeux et aux besoins des aidants,
  - **Aide individuelle forfaitaire** de 1 500 € pour le salarié aidant, bénéficiant d'un congé de proche aidant, de solidarité familiale ou de présence parentale,
- Secours individuels exceptionnels en cas d'**accident de la vie** (aide forfaitaire de 1 500 €),
- Aide financière forfaitaire de 2 000 € en cas de **survenue d'un handicap** ou de **perte d'autonomie** du salarié ou d'un enfant à charge fiscale,
- Aide financière forfaitaire comprise entre 1 000 et 1 900 € pour les **parents isolés** (suivant le nombre d'enfants, aide pouvant être doublée en cas de handicap),
- Aide financière aux **frais de garde d'un enfant** dans la limite de 500 € (doublement de l'aide si parent isolé ou enfant handicapé),
- Aide financière forfaitaire de 1 500 € à l'**hébergement d'urgence dans le cadre de violences intrafamiliales**,
- Aide financière à la prise en charge des **frais d'inscription à une discipline sportive ou à une formation artistique ou culturelle** dans la limite de 100 €.



## CONTACTS



### Contacts

Créateurs, entreprises - de  
10 salariés

**04 72 27 74 74**

Entreprises 11 salariés et +

**04 72 27 74 71**

### Espace personnel

[https://www.apicil.com/  
espace-  
particulier/?metier=ADP](https://www.apicil.com/espace-particulier/?metier=ADP)

### Réclamations

GROUPE APICIL  
Service Relation Client  
38, rue François Peissel  
69 300 CALUIRE-ET-CUIRE

-----  
Institution de prévoyance  
régie par le titre III  
du Livre IX du Code de  
la Sécurité sociale située  
au 38, rue François Peissel  
- 69300 Caluire-et-Cuire



### Contacts

**09 72 72 1143**

### Espace personnel

<https://www.klesia.fr/accedez-votre-espace-client>

### Réclamations

KLESIA  
Service Réclamation  
CS 30027  
93108 MONTREUIL Cedex

-----  
Institution de prévoyance  
régie par le titre III  
du Livre IX du Code de  
la Sécurité sociale située  
au 4, rue Georges  
Picquart - 75017 Paris



### Contacts

**0 809 540 044**

### Espace personnel

<https://particulier.malakoffhumanis.com/>

### Réclamations

MALAKOFF HUMANIS  
Réclamations Particuliers  
Assurance  
78288 GUYANCOURT Cedex

-----  
Institution de prévoyance  
régie par le titre III  
du Livre IX du Code  
de la Sécurité sociale  
située au 21, rue Laffitte -  
75009 Paris