

Note de Bureau

Bureau du : 04 août 2015

Point n°2 : GRH

Sujet : Complémentaire santé obligatoire

Origine : Frédéric Breton, Directeur

Contexte :

De nouvelles dispositions légales impliquent que les entreprises proposent à leurs salariés une complémentaire santé obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016. Cette note vise à définir les conditions de sa mise en application au Cen Centre – Val de Loire.

Cadre réglementaire :

La Loi N°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 définit le cadre par lequel les entreprises se doivent de proposer une complémentaires santé à leurs salariés à compter du 1er janvier 2016.

Plus spécifiquement, les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national. L'avenant N°154 du 19/05/2015 crée dans la CCNA un Titre XI intitulé « Complémentaire santé ». Il convient de retenir :

- L'avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle minimal.
- Le socle minimal ne remet pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs dès lors que dans ce cas chaque garantie, prise individuellement, prévue par le régime d'entreprise doit être au moins égale à celle du régime de branche ayant le même objet.
- Si l'entreprise choisit les contrats de l'avenant 154, l'adhésion des salariés est obligatoire avec quelques conditions dérogatoires.
- Pour les salariés en poste au 1er janvier 2016, ou embauchés ultérieurement, qui sont couverts par une assurance individuelle frais de santé la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès du Président, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis (soit avant le 30 janvier 2016). A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.
- La cotisation par les salariés ne concerne que la cotisation salarié isolé.
- Des ayants-droits peuvent être intégrés dans la couverture proposée, et la cotisation afférente est intégralement à charge des salariés.
- Les cotisations sont calculées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) fixé à 3 170 € en 2015.

- Le taux minimal de répartition est de 50% pour le salarié et de 50% pour l'employeur.
- L'assiette minimale de cotisation mensuelle est de 29,798 soit 0,94% du PMSS.
- 2 régimes optionnels sont mis en place dans la Branche Animation que le salarié contractant volontaire sera tenu de financer à 100% déduction faite de l'application du financement employeur calculé à 50% sur le régime de base (soit déduction faite de 14,90 €).
- Des dispositions particulières régissent les entreprises qui imposeraient des contrats autres que ceux établis par l'avenant 154.

Par ailleurs, Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application de l'avenant, pour assurer la couverture des garanties « complémentaire santé » prévues par la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988, un certain nombre d'organismes assureurs qui proposeront toutes les mêmes garanties collectives.

Le détail des garanties est annexé à l'avenant 154. Il est ressort que le contrat de base n'est guère intéressant au global.

Au final, les cotisations seraient les suivantes sur les contrats individuels, dès lors que l'entreprise ne rend pas obligatoire l'adhésion à l'une des deux options.

Option	Coût mensuel	Taux salarié	Coût salarié	Taux employeur	Coût employeur
Base	29,80 €	50%	14,90 €	50%	14,90 €
Option 1	50,086 €	70,25%	35,186 €	29,75%	14,90 €
Option 2	57,06 €	73,88%	42,16 €	26,12%	14,90 €

A RETENIR :

La seule obligation légale est de financer à 50 / 50 sur le régime de base proposé par la CCNA soit 29,80 €

Les modalités de financement d'une mutuelle d'entreprise imposée par l'employeur et supérieure au régime de base sont à arrêter par l'employeur.

Si le choix est fait d'utiliser les contrats de la CCNA, l'adhésion à ces derniers s'impose à terme à tous les salariés (au plus tard 31/09/2016 pour les salariés en poste au 01/01/2016).

Proposition du réseau des Conservatoires :

Au premier semestre 2015, le directeur du Cen Isère, Bruno Veillet, a mené des négociations avec de nombreux organismes proposant des complémentaires santé et a fait une proposition aux Directeurs du réseau.

Parmi celles-ci, une proposition d'Harmonie Mutuelle a fait l'unanimité auprès des Directeurs de Conservatoire lors d'une Conférence Technique le 16 juin 2015. Même si le contrat envisagé n'est pas l'un de ceux de la CCNA, cet organisme a l'avantage d'être l'un de ceux proposés dans le cadre de l'avenant N°154.

Un tableau joint en annexe fait la comparaison entre la proposition de Harmonie Mutuelle et celles établies par la CCNA. Il en ressort que cette proposition est largement supérieure au régime de base de la CCNA et globalement meilleure que les régimes optionnels de la CCNA à l'exception des remboursements d'actes chirurgicaux, de frais d'hospitalisation et des frais d'optique.

Sur la base des strictes obligations légales, les cotisations seraient les suivantes sur les contrats individuels :

Option	Coût mensuel	Taux salarié	Coût salarié	Taux employeur	Coût employeur
H4M4D5 responsable	45,96 €	50%	22,98 €	32%	22,98 €

En se contentant de la stricte application des obligations légales, l'offre d'Harmonie Mutuelle est supérieure à l'offre de base de la CCNA mais implique un surcoût pour les salariés de 8,08 € par mois.

A RETENIR :

L'offre d'Harmonie Mutuelle pour le réseau des Conservatoires est largement meilleure que la base et globalement meilleure que les options de la CCNA.

Les Conservatoires seraient considérés comme des structures non adhérentes aux contrats obligatoires et, à ce titre, la complémentaire proposée ne s'imposerait pas aux salariés en poste avant le 01/01/2016.

Mise en place au Cen Centre – Val de Loire :

Le postulat choisi par la Direction est de s'appuyer sur ces obligations légales pour offrir un nouvel avantage social aux salariés du Cen Centre – Val de Loire.

Il est ainsi proposé que le Contrat retenu par le Cen Centre – Val de Loire par décision unilatérale de l'employeur (DUE) soit celui de Harmonie Mutuelle soit le H4M4D5 – Responsable.

Considérant que le contrat proposé par le Cen Centre est supérieur à celui de base imposé par la CCNA et que la cotisation minimale pour un salarié ne devrait pas être supérieure à celle prise sur ce contrat de base, il est proposé de faire un effort sur les cotisations employeurs, pour l'année 2016, en appliquant un taux de cotisation minimal de 68 % employeur sur le contrat individuel proposé par Harmonie Mutuelle.

Régime	Type de contrat	Coût mensuel	Taux salarié	Coût salarié	Taux employeur	Coût employeur
Avenant 154	CCNA	29,80 €	50%	14,90 €	50%	14,90 €
DUE employeur à 50%	H4M4D5 responsable	45,96 €	50%	22,98 €	32%	22,98 €
DUE employeur à 68%	H4M4D5 responsable	45,96 €	32%	14,90 €	68%	31,06 €

L'impact financier serait le suivant, sous réserve d'une adhésion importante du réseau des Conservatoires au dispositif proposé avant le 01/01/2016 :

Obligation	Nombre de salariés	Cotisation employeur mensuelle	Coût annuel	Surcoût
Avenant 154	30 (obligation)	14,90 €	5 364,00 € + forfait social de 8% sur les parts patronales = 429,12 €	Base obligatoire de référence : 5 793,12
DUE employeur à 50%	30 (volontariat)	22,98 €	8 272,80 € + forfait social de 8% sur les parts patronales = 661,82 €	3 141,50 €
DUE employeur à 68%	30 (volontariat)	31,06 €	11 181,96 € + forfait social de 8% sur les parts patronales = 894,55 €	6 283,39 €

Le surcoût effectif par rapport au régime de base obligatoire de la CCNA serait de 6 300 € pour le Cen Centre – Val de Loire sous réserve que tous les salariés actuellement en poste souscrivent à la complémentaire de l'association.

A titre indicatif, l'augmentation de la valeur du point d'indice CCNA sera de 0,02 cts d'euros en septembre 2015. Sur une année pleine, comme 2016, cette incidence serait de 4 800 € contre 11 884,00 € si l'augmentation avait été de 0,06 cts d'euros comme constatée les années précédentes. Finalement, la mise en place d'un régime obligatoire financé à 68% par le Cen Centre coûte moins cher qu'une augmentation significative de la valeur du point.

Considérant que cette hausse réduite de la valeur du point d'indice résulte des négociations au sein de la CCNA liées à la mise en place de la mutuelle d'entreprise, le Cen Centre – Val de Loire peut envisager compenser une réduction des augmentations de salaire par une prise en charge supérieure de la mutuelle.

A RETENIR :

Le Cen Centre – Val de Loire ne souhaite pas pénaliser les salariés en choisissant d'imposer le régime minimum de la CCNA. Il offrirait une mutuelle d'entreprise supérieure obligatoire supérieure au contrat de base au même coût que celui-ci pour le salarié.

Ce contrat sera sur volontariat pour les salariés en poste avant le 01/01/2016.

Ce contrat sera obligatoire pour les embauches à compter du 01/01/2016.

Le surcoût maximal, par rapport au strict minimum légal, serait de 6 300 €.

Pièces annexes (le cas échéant) :

Avenant 154 du 19/05/2015 étendu concernant la branche animation.

Contrat proposé par Harmonie Mutuelle au réseau des Conservatoires.

Tableau comparatif.

Délibération :

Le Bureau décide de :

Adopter, par une décision unilatérale de l'employeur, la proposition contractuelle H4M4D5 – Responsable de Harmonie Mutuelle comme complémentaire santé d'entreprise obligatoire au Cen Centre – Val de Loire.

Adopter le taux de cotisation de 68% sur la cotisation mensuelle Isolé du contrat H4M4D5. Dans le cas où le salarié souscrit volontairement au Contrat « Famille », le salarié assurera individuellement le régime opté à 100%, sans remise en cause de la participation à 68% de l'employeur sur le régime de base.

Le Bureau ne valide pas les propositions et prends la décision suivante. (Décision inscrite au compte-rendu).

Avenant n° 154 du 19/05/2015

Relatif à la complémentaire santé

Préambule

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national de complémentaire santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, avec les Organismes assureurs recommandés, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 ont également eu à l'esprit la nécessité, pour les salariés, comme pour les entreprises :

- de bénéficier d'un régime mutualisé,
- de permettre la pérennité d'un régime de complémentaire santé,
- de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi,
- Et de respecter le décret du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui complète les dispositions permanentes de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 par la création d'un titre XI intitulé « Régime de complémentaire santé », reprenant les articles du présent avenant.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs, étant entendu que dans ce cas chaque garantie, prise individuellement, prévue par le régime d'entreprise doit être au moins égale à celle du régime de branche ayant le même objet.

Article 1 : il est créé le titre XI suivant :

TITRE XI : COMPLEMENTAIRE SANTE

Article 11.1 – Objet

Le présent avenant a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la Sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant trois Organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des trois assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par le Protocole Technique et Financier et le Protocole de Gestion administrative, documents communs aux Organismes assureurs recommandés, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat cadre d'Assurance Collective.

Article 11.2 - Champ d'application

Le présent avenant s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 visés à l'article 11.3.1.

Article 11.3 - Mise en place d'un régime de complémentaire santé

Article 11.3.1 – Adhésion du salarié

1) Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage.

2) Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- exercice du droit de grève,
- congés de solidarité familiale et de soutien familial,
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension, comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise) les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'Organisme assureur recommandé.

Les salariés concernés pourront néanmoins bénéficier d'une prise en charge éventuelle de la cotisation susvisée dans le cadre des mesures d'Action Sociale mises en place au titre du 2) de l'article 11.3.4 du présent titre.

3) Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- a) les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- b) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2) à l'article 3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Pour les CDD et les apprentis, cette demande de dispense devra être formulée dans les 30 jours suivant la date d'embauche.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit dans les 30 jours suivant la date d'embauche soit dans les 30 jours suivant le changement de situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment). A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- c) les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront

produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- d) les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- e) les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire. Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés :

- elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion ;
- en cas de formalisation de leur régime par décision unilatérale, la mise en œuvre du caractère obligatoire de l'adhésion et des dispenses s'entend sans préjudice de l'application, aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989¹. Ce dernier article fait obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision

¹ Voir le texte en dernière page (insertion FB – 17/07/2015)

unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 11.3.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1) Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'Organisme assureur recommandé, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient,

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin » incombe à l'Organisme assureur recommandé, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la dite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du Protocole de Gestion administrative.

Article 11.3.3 – Financement

1) Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les Organismes assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime complémentaire santé.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

2) Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Pour information, le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3) Taux et répartition des cotisations

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur.

CCN Animation

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les Organismes assureurs recommandés :

Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0.47 % du PMSS	0.47 % du PMSS	0.94 % du PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0.70 % du PMSS	-	0.70 % du PMSS
Conjoint (facultatif)	1.08 % du PMSS	-	1.08 % du PMSS

Salariés relevant du Régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle (Régime Local)

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0.21 % du PMSS	0.21 % du PMSS	0.42 % du PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0.34 % du PMSS	-	0.34 % du PMSS
Conjoint (facultatif)	0.48 % du PMSS	-	0.48 % du PMSS

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des Organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et le cas échéant de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

4) Régime optionnel

Il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche 2 régimes optionnels.

Dans le cas où le salarié y souscrit volontairement, le salarié assurera individuellement le régime opté à 100%, sans remise en cause de la participation à 50% de l'employeur sur le régime de base.

Les options figurent en annexes.

	Structure Obligatoire	Facultatif Salarié
Option 1	0.53 % du PMSS	0.64 % du PMSS
Option 2	0.72 % du PMSS	0.86 % du PMSS

Article 11.3.4 – Prestations

1) Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les Organismes assureurs recommandés, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la Commission Nationale Paritaire de Négociation et les Organismes assureurs recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des Organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

2) Droits non contributifs – Application du Décret du 11 décembre 2014

La Commission Nationale Paritaire de Négociation reprendra l'ensemble des dispositions générales relatives à la mise en place du degré élevé de solidarité, prévues dans le décret du 11 décembre 2014 :

- Une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur,
- Une prise en charge des Actions de prévention,
- Une prise en charge d'Actions Sociales à titre individuel, à titre collectif.

Le fonds constitué, par un financement à 2% des cotisations, est destiné à mettre en place ces dispositions.

Les modalités des Actions de prévention, les règles de fonctionnement ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'Action Sociale seront déterminées par la Commission Paritaire de Négociation dans un Règlement spécifique.

3) Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'Action Sociale définies par une liste établie par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Article 11.3.5- Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission Nationale de Suivi par délégation de la Commission Nationale Paritaire de Négociation, dont sont membres les Organisations d'Employeurs et de Salariés représentatives signataires ou adhérentes de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Les Organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la Commission Nationale Paritaire de Négociation, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du Protocole de Gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les Organismes assureurs recommandés, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Article 11.3.6 – Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « complémentaire santé » prévues par la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988, les Organismes assureurs suivants :

- **UMANENS - La MUTUELLE FAMILIALE**, union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 111 Rue Cardinet – 75017 PARIS.

- **Le groupement de coassurance mutualiste** composé de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419,
Siège social : 56 / 60 rue Nationale – 75013 PARIS substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166,

Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
 - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878,

Siège social :104 avenue Maréchal de Saxe – 69003 LYON
 - **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391,

Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE
 - **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176,

Siège social : 44 rue de Copernic – 75016 PARIS
 - **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473,

Siège social :143 rue Blomet – 75015 PARIS
 - **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085,

Siège social :8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex
 - **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,

Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance mutualiste. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution à **MUTEX**.

- **HUMANIS PREVOYANCE**, institution de prévoyance créée dans le cadre des dispositions de l'article L.931-1 du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale et autres dispositions subséquentes - 4 rue Marie-Georges Picquart, 75017 PARIS

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les Organismes assureurs recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire des Organismes assureurs recommandés.

ARTICLE 2 – Effet et durée

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016 sous réserve de son agrément ministériel, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'Action Sociale et des Familles.

En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent avenant.

Ce présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Annexe – Garanties collectives « complémentaire santé obligatoire »

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale			
	Base 1	Option N°1	Option N°2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires CAS	100% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non CAS	100% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait actes lourd	non couvert	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
Consultations - visites Généralistes CAS			
Consultations - visites Généralistes non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	140% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non CAS	120% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR (médicaments remboursés à 65% et 30% y compris homéopathie)	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couvert	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	100% BR	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	100% BR	10% du PMSS par oreille - minimum TM (max 2 par an par bénéficiaire)	20% du PMSS par oreille (max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du Décret n°2014-1025			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	200 % BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Prothèses dentaires			
Remboursées: dents du sourire	200 % BR	350% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche	150 % BR	250% BR	350% BR
Inlays-cores	125 % BR	150% BR	175% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Parodontologie	non couverte	non couverte	non couverte
Implantologie	non couverte	12% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire
Garanties BASE CONVENTIONNELLE			
	Base 1	Option N°1	Option N°2
Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans			
Verres et Montures	Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction	Grille Optique n°2	Grille Optique n°3
Lentilles	non couverte	3% du PMSS par an et par bénéficiaire	5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables			
Chirurgie réfractive	non couverte	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverte	5% du PMSS	7% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couverte	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse			
Par bénéficiaire	non couverte	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur
Pat anti-tabac	non couvert	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	4% du PMSS par an et par bénéficiaire

* Tel que défini dans le Décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

Grille n°2		Enfants < 18 ans			Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70,00 €	257,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110,00 €	349,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243540, 2291088, 2	26,68 €	16,01 €	90,00 €	315,31 €	2265330, 2280660,	4,12 €	2,47 €	130,00 €	391,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	110,00 €	377,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	150,00 €	435,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	80,00 €	281,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	120,00 €	371,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	100,00 €	346,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	140,00 €	414,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	120,00 €	376,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	160,00 €	454,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	140,00 €	439,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	180,00 €	498,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	130,00 €	410,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	200,00 €	535,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	150,00 €	455,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	220,00 €	579,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	160,00 €	475,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	230,00 €	599,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	180,00 €	543,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250,00 €	656,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	85,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	125,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes
sauf changement de correction médicalement constatée

Grille n°3		Enfants < 18 ans			Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	80,00 €	292,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	120,00 €	394,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243540, 2291088, 2	26,68 €	16,01 €	100,00 €	350,31 €	2265330, 2280660,	4,12 €	2,47 €	140,00 €	436,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	120,00 €	412,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	160,00 €	480,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	90,00 €	316,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	130,00 €	416,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	110,00 €	381,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	150,00 €	459,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	130,00 €	411,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	170,00 €	499,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €	474,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	190,00 €	543,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	140,00 €	445,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	210,00 €	580,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	160,00 €	490,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	230,00 €	624,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	170,00 €	510,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	240,00 €	644,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	190,00 €	578,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	260,00 €	701,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes
sauf changement de correction médicalement constatée

Article 3

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la Direction Générale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et d'une demande d'extension.

Signataires

Signataires

<i>CFDT</i>	<i>CFE-CGC</i>	<i>CFTC</i>
<i>Nom : Jérôme MORIN</i>	<i>Nom : Antoine PROST</i>	<i>Nom : Joël CHIARONI</i>
<i>CGT</i>	<i>CGT-FO</i>	<i>UNSA</i>
<i>Nom : Bouziane BRINI</i>	<i>Nom : Yann POYET</i>	<i>Nom : Joël FRICAUD</i>

<i>CNEA</i>
<i>Nom : Jean-Luc PIEUCHOT</i>

INFOS COMPLEMENTAIRES :

Article 11 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

- Modifié par [Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994](#)

Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.



Proposition de
complémentaire
santé

CONSERVATOIRE D'ESPACES NATURELS

Catégorie de personnel : Ensemble du Personnel
Salariés au régime général
Adhésion à caractère obligatoire

Proposition n°2700229-1

19/03/2015

Votre conseillère : CHAUVIN GUYLAINE

Téléphone : 06 77 44 12 11

E-mail : guylaine.chauvin@harmonie-mutuelle.fr



**Harmonie
mutuelle**

En harmonie avec votre santé



**Harmonie
Mutuelle**
1^{re} mutuelle santé
de France



Harmonie Mutuelle

C'est s'appuyer sur la force
d'un leader national...

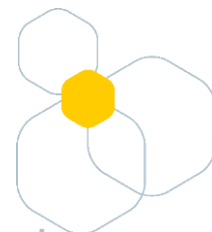
4,5 millions de personnes protégées*

*Y compris acceptations en réassurance

Près de **4 400** collaborateurs

39 000 entreprises adhérentes

... et la proximité d'un partenaire
implanté dans votre région.



Nous avons le plaisir de vous remettre notre proposition dans le cadre de l'étude de votre complémentaire santé, au bénéfice du collège Ensemble du Personnel et pour une adhésion à caractère obligatoire.

Votre complémentaire santé

Adhésion

Cette complémentaire est à **adhésion obligatoire**.

Aucun questionnaire médical ni droit d'entrée ne conditionne l'adhésion à cette complémentaire santé.

Bénéficiaires

- **tout salarié de l'entreprise ou membre de la personne morale souscriptrice** qui bénéficie du contrat collectif et des prestations de la mutuelle,
- le **conjoint, le concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité** ;
- les **enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité**, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- les **enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité**, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

Prise d'effet des prestations

Elle est **immédiate** pour les assurés affiliés à la date d'effet du contrat, les adhérents affiliés au 1^{er} jour du mois de leur arrivée dans l'effectif assurable et les ayants droit affiliés au 1^{er} jour du mois de leur arrivée dans le foyer de l'adhérent.

En dehors de ces cas, se reporter aux conditions générales Harmonie Mutuelle.

Maintien des garanties

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- **les anciens adhérents salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement**, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- **les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois, à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.**

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Rappel de votre démographie

Cette proposition a été élaborée sur la base d'une population dont les caractéristiques sont les suivantes au 09/02/2015 :

	Ensemble du Personnel
Nombre de salariés	428
Âge moyen	37

Personnes seules

Situation	Ensemble du Personnel
Sans enfant à charge	110
1 enfant à charge	18
2 enfants à charge	13
3 enfants et + à charge	2
Total	143

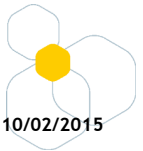
Couples

Situation	Ensemble du Personnel
Sans enfant à charge	84
1 enfant à charge	71
2 enfants à charge	106
3 enfants et + à charge	24
Total	285

Produit Spécifique

Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)

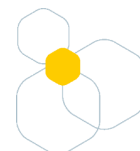
Prestations en vigueur au 10/02/2015



Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques et d'échographie				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			200 €/An 400 €/An	200 €/An 400 €/An
+ Forfait annuel achat prothèses externes liées aux traitements du cancer (1)				
Prothèses auditives	60 %	40 %		100 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives			600 €/Appareil	600 €/Appareil
Achat fauteuil pour handicapés physiques	100 %			100 %
+ Forfait supplémentaire achat fauteuil pour handicapés physiques			750 €/An	750 €/An
<i>(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.</i>				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			300 €	300 €
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 80 %	180 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (2)(3)			70 €/Jour	70 €/Jour
Chambre particulière en ambulatoire (4)			15 €/Jour	15 €/Jour

Produit Spécifique

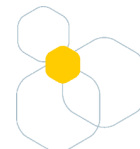
Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)



Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			40 €/Jour	40 €/Jour
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p>(2) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (3) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. (4) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 100 %	200 %
- Non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 80 %	180 %
Chambre particulière (2)			70 €/Jour	70 €/Jour
Indemnité de naissance (5)			200 €	200 €
<p>(2) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
OPTIQUE				
Enfant (moins de 18 ans)				
Monture	60 %		80 €/An	60 % + 80 €/An
Par verre (6)				
- Simple	60 %		60 €	60 % + 60 €
- Complexe	60 %		85 €	60 % + 85 €
- Très complexe	60 %		125 €	60 % + 125 €
Adulte (18 ans et plus)				
Monture	60 %		150 €/An	60 % + 150 €/An
Par verre (6)				
- Simple	60 %		+ 100 €	60 % + 100 €
- Complexe	60 %		+ 210 €	60 % + 210 €
- Très complexe	60 %		+ 300 €	60 % + 300 €
Lentilles	0 % ou 60 %		300 €/An	0 % ou 60 % + 300 €/An
Opérations de chirurgie réfractive cornéenne			500 €/Oeil	500 €/Oeil
Dans le réseau des opticiens partenaires agréés Kalivia (7)				
Remboursement supplémentaire assurant la prise en charge intégrale de verres, amincis en fonction du besoin de correction, durcis et traités anti reflet (8)			Oui	Oui
<p>(6) Verres simples : verres simples foyers dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verres complexes : verres simples foyers dont la sphère est supérieure à -6.00 ou à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 ou verres multifocaux ou verres progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (une monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes et à 1 équipement (une monture et deux verres) par période de 12 mois pour les enfants. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue. (7) Le complément de garantie est limité à 2 verres par année civile et par bénéficiaire et conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance des frais dans la limite de la garantie et au recours à un opticien agréé Kalivia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles en agence et sur le site internet de la mutuelle. (8) La liste complète des traitements et des verres qui bénéficient de ce remboursement supplémentaire est disponible en agence et sur le site internet de la mutuelle.</p>				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire (9)				

Produit Spécifique

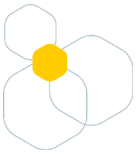
Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)



Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) (10)	70 %	30 %	+ 400 %	500 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 400 %	500 %
- Autres prothèses	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
Prothèses fixes non remboursables par le régime obligatoire (11)			400 €	400 €
Prothèses fixes transitoires			200 €	200 €
Prothèses mobiles y compris plaque base métallique	70 %	30 %	+ 250 %	350 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 250 %	350 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			500 €/An	500 €/An
Implantologie (12)(13)(14)			500 €/Implant	500 €/Implant
Parodontologie (15)			250 €/An	250 €/An
<p><i>Les remboursements de la mutuelle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. <p>(9) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.</p> <p>(10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux.</p> <p>(11) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle.</p> <p>(12) Prise en charge liée à l'ostéo-intégration.</p> <p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(14) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(15) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.</p>				
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (13)(16)			30 €/Séance	30 €/Séance
<p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(16) Limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire.</p>				
CONTRACEPTION FEMININE				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (13)			50 €/An	50 €/An
(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (13)(17)			60 €/An	60 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (18)			75 €/An	75 €/An
Vaccin anti-grippal (13)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (13)			20 €/An	20 €/An
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 Août 2004	60 % à 70 %	40 % à 30 %		100 %
<p>(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(17) Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</p> <p>(18) Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.</p>				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui

Produit Spécifique

Garantie dite "responsable" (loi du 13/08/04 et ses décrets d'application)

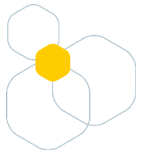


	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<u>Régime général</u>				
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation sur frais d'obsèques (19)				
<i>(19) Indemnité limitée aux frais réels.</i>				
			50 % du PMSS	50 % du PMSS

*** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3170 € au 01/01/2015)



Vos cotisations

Cotisations mensuelles TTC

Les cotisations sont déterminées pour l'année civile.

Régime: Régime Général

Ventilation	Cotisations Mensuelles TTC	Dont taxes (*)
Isolé	1,450 % du PMSS	13.27 %
Famille	4,190 % du PMSS	13.27 %

(*) Comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle (ancienne Contribution CMU) et la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance sur la base des taux en vigueur au 1er octobre 2012.

* PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, 3170 € à titre indicatif pour 2015.

Validité

La présente proposition est valable 3 mois, à compter de la date de sa réalisation, sauf nouvelle proposition.

Toutefois, en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant une incidence sur la présente proposition et plus spécifiquement en cas de modifications des remboursements des régimes d'assurance maladie obligatoire ou des taxes, prélèvements ou contribution auxquelles sont assujetties les garanties présentées ou la Mutuelle, la présente proposition pourra être remise en cause.

Bon pour accord

Date
Signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Cachet de l'entreprise

	HARMONIE MUTUELLE Proposition Réseau Cen		BASE 1 CCNA	OPTION 2 CCNA		Intérêt proposition réseau comp Base CCNA	Intérêt proposition réseau comp Niveau 1	Intérêt proposition réseau comp Niveau 2
	H4M4D5 responsable	H4M4D5 non responsable	Option1	1	2			
RAPPEL : PMSS = 3 170 €								
REGIME GENERAL								
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX								
consultations, visites, généralistes	180% ou 200% (CAS)	200%	100% (CAS et non CAS)	100%	100%			
consultations, visites, spécialistes	180% ou 200% (CAS)	200%	140 % CAS et 120 % non CAS	100%	100%			
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kiné ...	150%	150%	100%	100%	100%			
Ambulances, véhicules sanitaires	100%	100%	100%	100%	100%			
PHARMACIE								
Médicaments à SMR important	100%	100%	100%	100%	100%			
Médicaments à SMR modéré	100%	100%	100%	100%	100%			
Médicaments à SMR faible	100%	100%	100%	100%	100%			
ANALYSES ET EXAMENS								
Actes médicaux techniques et échographie	180% ou 200% (CAS)	200%	100%	145%	170%			
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	180% ou 200% (CAS)	200%	100% Ostéodensitométrie refusée	100% 25€ par an	100 % 50 € par an			
Examens de laboratoires	150%	150%	100%	100%	100%			
APPAREILLAGE ET ACCESSOIRES MEDICAUX								
Orthopédie, appareillages acceptés par le RO	150%	150%	100%	200%	300%			
.+ forfait orthopédie, appareillages médicaux	200€/an	200€/an	0	0	0			
.+ forfait annuel, prothèses externes du cancer	400€/an	400€/an	0	0	0			
Prothèses auditives	100%	100%	100%	10% du PMSS (317,00€) X 2	20% du PMSS (634 €) X 2			
.+ forfait supp. Achat prothèses auditives	600€/appareil	600€/appareil	0	0	0			
Achat fauteuil handicapé physique	100%	100%	?	?	?			
.+ forfait supp. Fauteuil handicapé physique	750€/an	750€/an	0	- €	- €			
CURES THERMALES								
Frais de cure hors milieu hospitalier	100%	100%	Non couverte	5% PMSS (158,50 €)	7% PMSS (221,9 €)			
.+ forfait supp.	300 €	300 €	0	0	0 €			
HOSPITALISATION								
Frais de séjour	200%	200%	100%	200%	300%			
Soins honoraires, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors maternité)	180% ou 200% (CAS)	200%	100%	220%	220%			
Ambulances, véhicules légers sanitaires	100%	100%	100%	100%	100%			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels			
Chambre particulière	70€/jour	70€/jour	Non couverte	2% PMSS (63,40 €)	3% du PMSS (95,10 €)			
Chambre particulière en ambulatoire	15€/jour	15€/jour	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
Frais accompagnement enfant de 16 ans	40€/jour	40€/jour	Non couverte	47,55 €	63,40 €			
MATERNITE								
Soins honoraires, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	180% ou 200% (CAS)	200%	100%	220%	220%			
Chambre particulière	70€/jour	70€/jour	Non couverte	2% PMSS (63,40 €)	3% du PMSS (95,10 €)			
Indemnité de naissance	200 €	200 €	0	0	0 €			
OPTIQUE								
Enfants (moins de 18 ans)								
Monture	60%+80€/2 ans	60%+80€/an	1 forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon corrections	inclus	inclus			
verres (unifocal faible correction)= simple	60%+120€/2 ans	60%+120€		257,74 à 377,26 €	292,74 € à 435,85 €			
verres (unifocal forte correction)=complexe	60%+170€/2 ans	60%+170€		281,22 € à 439,09 €	316,22 € à 474,09 €			
verres (multifocal toutes corrections)= très complexe	60%+250€/2 ans	60%+250€		410,31 € à 543,24 €	445,31 € à 578,24 €			
Adulte								
Monture	60%+125€/2 ans	60%+125€/an	1 forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon corrections	inclus	inclus			
verres (unifocal faible correction)=simple	60%+200€/2 ans	60%+160€		349,45 € à 435,85 €	394,45 € à 480,85 €			
verres (unifocal forte correction)= complexe	60%+340€	60%+340€		371,10 € à 498,04 €	416,10 € à 543,04 €			
verres (multifocal faible correction)=complexe	60%+420€/2 ans	60%+420€		535,49 € à 579,69 €	580,49 € à 624,69 €			
verres (multifocal forte correction)=très complexe	60%+600€/2 ans	60%+600€		599,15 € à 656,15 €	644,15 € à 701,15 €			
Lentilles	0% ou 60%+300€/2 ans	0% ou 60%+300€/an	Non couverte	3% PMSS 95,10 €	5% PMSS 158,50 €			
Opérations de chirurgie réfractive cornéenne	500€/œil	500€/œil	Non couverte	22% PMSS / œil= 697,40 €	35% PMSS / œil = 1109,5 €			
RESEAU 0€ reste à charge	KALIVIA	KALIVIA	Non trouvé					

RAPPEL : PMSS = 3 170 €
REGIME GENERAL

	HARMONIE MUTUELLE Proposition Réseau Cen		BASE 1 CCNA	OPTION 2 CCNA		Intérêt proposition réseau comp Base CCNA	Intérêt proposition réseau comp Niveau 1	Intérêt proposition réseau comp Niveau 2
	H4M4D5 responsable	H4M4D5 non responsable	Option1	1	2			
DENTAIRE								
Soins	200%	200%	100%	100%	100%			
Prothèses fixes remboursables par le RO								
Prothèses type céramique sur dents visibles	500%	500%	200%	350%	450%			
IlInays-Core	500%	500%	125%	150%	175%			
Autres prothèses	350%	350%	150%	250%	350%			
Prothèses fixes non remboursables par le RO	400 €	400 €	Non couverte					
Prothèses fixes transitoires	200 €	200 €	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
Prothèses mobiles y compris base métallique	350%	350%	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
Orthodontie acceptée par RO	350%	350%	200%	250%	300%			
Orthodontie refusée par RO	500€/an	500€/an	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
Implantologie	500€/implant	500€/implant	Non couverte	12% PMSS / bénéficiaire 380,40 €	12% PMSS / bénéficiaire 380,40 €			
Parodontologie	250€/an	250€/an	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
MEDECINES DOUCES								
Ostéopathie, Chiropractie ...	30€/séance (6 max)	30€/séance (6 max)	Non couverte	3 X 25€ par an	3 X 25€ par an			
CONTRACEPTION FEMININE	50€/an	50€/an	Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (13)			Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
PREVENTION								
Equilibre alimentaire - Diététique (13)(17)	60 € / an		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (18)	75 € / an		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Vaccin anti-grippal (13)	Frais reels		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Autres vaccins (selon liste) (13)	20 € / an		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 Août 2004	100%		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
HARMONIE SANTÉ SERVICES	50€/an	50€/an	Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Assistance obsèques (voir notice d'information)	Oui		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			
Participation sur frais d'obsèques (19)	50% du PMSS		Non trouvé	Non trouvé	Non trouvé			

COTISATIONS

Structure isolée (1 conservatoire)	Base obligatoire	Base obligatoire	Base obligatoire			
Isolé		29,80 €	46,599	52,622	16,16 €	-0,64 €
1 Enfant		22,19 €	38,99 €	45,014		
2 Enfants		22,19 €	38,99 €	45,014		
3 Enfants		- €	- €	- €		
Conjoint		34,24 €	51,037	57,06		
à 456 salariés						
Isolé	45,96 €					
Famille	132,82 €					

ISOLE	H4M4D5 responsable-Proposition Cen Centre Val de Loire		BASE 1 CCNA		OPTION 2 CCNA-1		OPTION 2 CCNA-2	
	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux
Employeur	31,06 €	68%	14,90 €	50%	31,70 €	60%	37,72 €	72%
Salarié	14,90 €	32%	14,90 €	50%	14,90 €	32%	14,90 €	28%
FAMILLE (Base Couple)	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux
Employeur	31,06 €	23%	14,90 €	23%	31,70 €	32%	37,72 €	34%
Salarié	101,76 €	77%	49,14 €	77%	65,94 €	68%	71,96 €	66%
FAMILLE (Base 1 enfant + conjoint)	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux
Employeur	31,06 €	23%	14,90 €	17%	31,70 €	23%	37,72 €	24%
Salarié	101,76 €	77%	71,33 €	83%	104,93 €	77%	116,97 €	76%
FAMILLE (Base 2 enfants + conjoint)	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux
Employeur	31,06 €	23%	14,90 €	14%	31,70 €	18%	37,72 €	19%
Salarié	101,76 €	77%	93,52 €	86%	143,92 €	82%	161,99 €	81%
Isolé + 1 enfant à charge	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux	Coût	Taux
Employeur	31,06 €	23%	14,90 €	23%	31,70 €	37%	37,72 €	39%
Salarié	101,76 €	77%	37,09 €	58%	53,89 €	63%	59,91 €	61%