

Barème de cotisations Frais de santé prenant effet au 1^{er} janvier 2016
→ Modalités de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en euros TTC. La cotisation choisie par l'entreprise est financée à minima à 50 % par l'employeur.

→ Cotisations frais de santé des garanties
• Choisies par l'entreprise

La cotisation frais de santé entreprise dépend :

• du niveau de garantie choisi ;

L'entreprise a le choix entre 4 niveaux de garanties :

→ la « Garantie socle » correspond au socle obligatoire conventionnel prévu par l'Accord National.

→ les options 1, 2 et 3 incluent en sus du socle obligatoire conventionnel des garanties complémentaires pour une couverture renforcée.

• de la structure tarifaire.

L'entreprise peut choisir de couvrir les ayants droit à titre obligatoire ou à titre facultatif.

	RÉGIME HORS ALSACE-MOSELLE			
	Garantie Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Régime agricole				
Salarié et ayants droit à titre obligatoire ou à titre facultatif				
Adulte/Enfant				
Adulte	34,00 €	49,50 €	56,00 €	63,00 €
Enfant ⁽¹⁾	18,30 €	24,60 €	27,50 €	31,70 €
Isolé/Famille				
Isolé	34,00 €	49,50 €	56,00 €	63,00 €
Famille ⁽²⁾	80,70 €	114,20 €	129,70 €	144,70 €

	RÉGIME ALSACE-MOSELLE			
	Garantie Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Régime agricole				
Salarié et ayants droit à titre obligatoire ou à titre facultatif				
Adulte/Enfant				
Adulte	21,90 €	37,20 €	43,20 €	48,60 €
Enfant ⁽¹⁾	8,20 €	14,70 €	17,60 €	20,90 €
Isolé/Famille				
Isolé	21,90 €	37,20 €	43,20 €	48,60 €
Famille ⁽²⁾	52,00 €	85,50 €	100,00 €	112,20 €

(1) La cotisation est gratuite à partir du 3^e enfant. (2) La cotisation « famille » inclut « isolé ».

Le montant des cotisations est identique quel que soit le choix de l'entreprise au niveau des ayants droit à titre obligatoire ou à titre facultatif.

Ces montants seront valables pour les années 2016 et 2017 à législation constante.

• Choisies par le salarié

En fonction de la structure tarifaire et du niveau de garanties choisis par l'entreprise, le salarié choisit à titre facultatif :

• d'adhérer à un niveau supérieur de garantie ;
• d'étendre ses garanties à ses ayants droit.

Dans ce cas, les cotisations sont à la charge exclusive du salarié. Les tarifs sont disponibles dans le barème de cotisations Salarié.

Informations pratiques

→ Prélèvements sociaux au 1^{er} janvier 2016*

Les prélèvements sociaux, CSG-CRDS et forfait social sont versés à la MSA.

Libellé	Assiette de cotisation	Supporté par	Cotisation en %
CSG et CRDS non déductibles	<ul style="list-style-type: none"> ● 98,25 % du salaire brut limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, 100 % au-delà. ● 100 % de la part employeur consacrée à des cotisations Frais de santé. 	Le salarié	2,9%
CSG déductible	<ul style="list-style-type: none"> ● 98,25 % du salaire brut limité à 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, 100 % au-delà. ● 100 % de la part employeur consacrée à des cotisations Frais de santé. 	Le salarié	5,1%
Forfait social	<p>Le forfait social est à la charge exclusive de l'employeur. Il se calcule sur la part employeur des cotisations Frais de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entreprises employant moins de 11 salariés. ● Entreprises employant 11 salariés et plus. 	L'employeur	Exonération 8 %

* Susceptibles d'être modifiés par les lois de finances.

→ Votre complémentaire santé

Les complémentaires santé interviennent au-delà des remboursements du régime de base de la Sécurité sociale pour permettre aux assurés de faire face aux dépenses qui restent à leur charge, que celles-ci soient liées à une maladie, un accident ou une maternité, car le régime obligatoire d'assurance maladie ne rembourse pas les dépenses de santé dans leur intégralité. Le total des sommes remboursées par AGRI PRÉVOYANCE ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Le tableau des garanties santé présenté au verso du présent document vous indique le niveau de remboursement dont vous bénéficiez grâce aux remboursements du régime de base d'une part et du régime complémentaire santé d'autre part. Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau en page 2.

Les montants remboursés sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) du régime de base c'est-à-dire du tarif qui sert de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour certaines garanties, les remboursements sont exprimés en euros. Dans ce cas, ils s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour l'équipement optique verres + monture).

Cette complémentaire santé vous permet également de bénéficier de tarifs encadrés en optique pour réduire votre reste à charge et, le cas échéant celui de vos bénéficiaires, d'accéder à des équipements de qualité, en vous ouvrant l'accès au réseau de soins optique.

Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux dans le cadre de l'avenant n°4 du 15 septembre 2015 à l'Accord National du 10 juin 2008 vous propose 4 niveaux de couverture possibles :

- la garantie « socle obligatoire conventionnel » est la garantie obligatoire conventionnelle minimale qui doit être mise en place par votre entreprise ;
- l'Option 1 apporte en sus du socle des améliorations sur les postes sensibles comme la pharmacie, le dentaire, l'optique et sur la prise en charge des dépenses liées à l'hospitalisation ;
- les Options 2 et 3 assurent une couverture plus élevée sur les principaux actes médicaux pris en charge par le régime de base et des remboursements spécifiques sur certains actes non pris en charge en optique et en dentaire.

→ Un contrat conforme aux exigences de l'ANI

Selon la loi de sécurisation de l'emploi qui retranscrit l'ANI (accord national interprofessionnel) signé le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux, au 1^{er} janvier 2016 tous les salariés doivent bénéficier d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire.

Cette couverture santé doit proposer un niveau minimal de garanties d'assurance complémentaire santé obligatoire, appelé panier de soins, et prendre en charge le remboursement de :

- l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire à l'exclusion des cures thermales et des médicaments remboursés à hauteur de 35 % ou 15 % par l'assurance maladie ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les dépenses de frais dentaires (soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale) à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ;
- les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). Ces garanties s'entendent par équipement (monture + 2 verres) et par bénéficiaire :
 - 100 euros minimum pour les corrections simples ;
 - 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe ;
 - 200 euros minimum pour les corrections complexes.

Elle est financée au minimum à 50 % par l'entreprise.

Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux respecte ces obligations pour chacun des niveaux proposés.

→ Un contrat solidaire et responsable

Le contrat responsable a été instauré par le gouvernement afin d'inciter les particuliers à suivre le parcours de soins coordonné, à améliorer leur couverture complémentaire et d'encadrer les dépenses de santé pour maîtriser l'évolution des prix des soins.

Un contrat est considéré comme « responsable » dès lors :

- qu'il fait l'objet d'une communication annuelle du montant et de la composition des frais de gestion conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- qu'il prend en charge certains frais de soins et à l'inverse qu'il n'en rembourse pas d'autres.

Les obligations de prise en charge dans un « contrat responsable » :

- prise en charge du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par le régime obligatoire (sauf cures thermales ou médicaments à service médical rendu modéré et faible et homéopathie) ;
- prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ;
- limitation du remboursement de l'équipement optique (monture + 2 verres) tous les 2 ans (tous les ans pour les mineurs et en cas de changement de la vue) en respectant les planchers et plafonds définis par le décret.

Les actes interdits au remboursement dans un « contrat responsable » :

- participation forfaitaire de 1€ pour les consultations ou actes réalisés par un médecin, les examens de radiologie et les analyses de biologie médicales ;
- franchises médicales : 0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical et 2 € par transport sanitaire hors urgences ;
- dépassements et majorations en cas de non respect du parcours de soins coordonné :
 - la majoration de la participation de l'assuré pour les actes et prestations effectués hors parcours de soins et ceux pour lesquels l'assuré n'a pas donné l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel ;
 - les dépassements d'honoraires demandés par les médecins spécialistes lorsqu'ils sont consultés directement, sans passer par le médecin traitant.

Par ailleurs, un contrat est considéré comme « solidaire » dès lors qu'il n'y a pas de sélection médicale à la souscription et que les cotisations n'évoluent pas en fonction de l'état de santé de vos salariés. Ainsi, chacun est assuré, quel que soit son état de santé.

Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux respecte l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables définis par le décret du 18 novembre 2014.

Tableau des garanties santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA Hors Alsace-Moselle	MSA Alsace-Moselle	Sode obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3
Frais médicaux						
• Honoraires et dépassements d'honoraires des généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70% BR	90% BR	100% BR	150% BR (non CAS) 170% BR (CAS)	200% BR (non CAS) 220% BR (CAS)	200% BR (non CAS) 220% BR (CAS)
• Actes Techniques et dépassements d'honoraires ⁽¹⁾	70% BR	90% BR	100% BR	150% BR (non CAS) 170% BR (CAS)	200% BR (non CAS) 220% BR (CAS)	200% BR (non CAS) 220% BR (CAS)
• Radiologie et dépassements d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70% BR	90% BR	100% BR	150% BR (non CAS) 170% BR (CAS)	190% BR (non CAS) 210% BR (CAS)	190% BR (non CAS) 210% BR (CAS)
• Sages-femmes	70% BR	90% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
• Auxiliaires médicaux	60% BR	90% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
• Analyses médicales	60% BR à 100% BR	90% BR à 100% BR	100% BR	120% BR	190% BR	180% BR
• Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	-	15 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
• Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	30 € à 180 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire
• Actes de prévention ⁽²⁾	35% BR à 70% BR	35% BR à 60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie						
• Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	90% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	80% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
• Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	-	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)						
• Frais de séjour	60% BR à 100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Honoraires médicaux et chirurgicaux	60% BR à 100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Dépassements d'honoraires ⁽¹⁾	-	-	100% BR (non CAS) 155% BR (CAS)	100% BR (non CAS) 155% BR (CAS)	100% BR (non CAS) 250% BR (CAS)	100% BR (non CAS) 250% BR (CAS)
• Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 60 jours maximum / an puis 25 € par jour
• Chambre particulière	-	-	25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
• Psychiatrie	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 45 jours / an
• Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum / an puis 30 € par jour
• Maternité ⁽³⁾	-	-	1/3 FMSS	1/3 FMSS	2/5 FMSS	2/5 FMSS
• Frais de transport	65% BR	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% BR à 70% BR	65% BR à 90% BR	65% BR à 90% BR	100% BR	100% BR	100% BR + 150 € / an / bénéficiaire
Dentaire						
• Soins Dentaires	70% BR	90% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70% BR	90% BR	100% BR	200% BR	225% BR	250% BR
• Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70% BR	90% BR	125% BR	125% BR	125% BR	600% BR
• Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoprotées)	70% BR	90% BR	210% BR + 300 € / an / bénéficiaire	210% BR + 360 € / an / bénéficiaire	210% BR + 450 € / an / bénéficiaire	+ 400 € / an / bénéficiaire
• Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
• Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
• Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% BR à 100% BR	90% BR à 100% BR	125% BR	160% BR	230% BR	300% BR
• Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Optique						
• Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾	-	-	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans
• Monture seule	60% BR	90% BR	45€ BR	60% / 90% BR + 100€	60% / 90% BR + 150€	60% / 90% BR + 150€
• 2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60% BR	90% BR	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 300€	60% / 90% BR + 300€
• 2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60% BR	90% BR	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 500€	60% / 90% BR + 600€	60% / 90% BR + 600€
• 2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60% BR	90% BR	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 500€	60% / 90% BR + 600€	60% / 90% BR + 600€
• 1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60% BR	90% BR	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 350€	60% / 90% BR + 450€	60% / 90% BR + 450€
• 1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60% BR	90% BR	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 350€	60% / 90% BR + 450€	60% / 90% BR + 450€
• 1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60% BR	90% BR	60% / 90% BR + 200€	60% / 90% BR + 500€	60% / 90% BR + 600€	60% / 90% BR + 600€
• Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% BR à 60% BR	0% BR à 90% BR	100% BR + 100 € / an / bénéficiaire	100% BR + 150 € / an / bénéficiaire	100% BR + 200 € / an / bénéficiaire	100% BR + 200 € / an / bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-	-	-	300 € / an / bénéficiaire
Prothèses hors dentaire						
• Prothèse auditive (hors entretien)	60% BR	90% BR	100% BR	400 € BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 € BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 € BR + 200 € / an / bénéficiaire
• Autres prothèses et petit appareillage	60% BR	90% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
• Gros appareillage	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR	265% BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
• Fourniture médicale et pansement	60% BR	90% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Services associés						
• Assistance	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
• Réseau de soins optique	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR: Base de Remboursement, CAS: Contrat d'Accès aux Soins, FMSS: Forfait Mensuel de la Sécurité Sociale, FR: Frais Réels (1) Le remboursement est libre selon que le médecin est signataire ou non d'un Contrat d'Accès aux Soins (CAS), (2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif (frais de santé et pour chaque bénéficiaire), (3) Dans la limite des frais réellement engagés (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles, Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ +4,00 dioptries, Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre > +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs, Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries (5) Y compris forfait montage