

**ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE
SALARIES NON CADRES^(*) DE LA PRODUCTION AGRICOLE DE L'ALLIER
RELEVANT DE L'ACCORD DÉPARTEMENTAL DU 3 SEPTEMBRE 2009**

GUIDE EMPLOYEUR

2025

**Votre site dédié: www.anips.fr
Votre plate-forme de gestion dédiée: 09 69 32 33 12 (numéro non surtaxé)**



PRÉAMBULE

Vous êtes adhérent au régime Complémentaire Santé des salariés non cadres(*) de la production agricole de l'Allier relevant de l'Accord départemental du 3 septembre 2009.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n° 1 du 12 septembre 2012, n° 2 du 26 juin 2013, n° 3 du 18 septembre 2013, n° 4 du 19 septembre 2014, n° 5 du 24 novembre 2015, n° 6 du 8 janvier 2018 et son avenant n°7 du 4 septembre 2024.

Le présent guide intègre les dispositions de ces avenants et prend en compte les dernières dispositions légales et réglementaires, à compter du 1^{er} janvier 2025.

Ce régime est coassuré par CPCEA (21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08) et l'ANIPS (Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre) à hauteur de 60 % pour CPCEA et 40 % pour l'ANIPS, l'ANIPS en étant l'apériteur.

Ce guide employeur présente le fonctionnement de ce régime et décrit les formalités qui vous incombent.

(*) salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 définis à l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017.

SOMMAIRE

LES BÉNÉFICIAIRES	3
LA GARANTIE	3
LA GESTION DE LA GARANTIE	3
- L'affiliation et la radiation de vos salariés	3
- Notice d'information des salariés	4
- Cas de la transformation d'entreprise	4
- Dérogation: cas de dispense d'affiliation pour votre salarié	4
- Les ruptures de contrat	5
- Le règlement des cotisations	5
- La gestion des prestations	5
- Remboursement complémentaires des frais de santé	5
- Carte complémentaire de tiers payant	5
- Le maintien de la garantie	6
- En cas de suspension du contrat de travail	6
- En cas de rupture du contrat de travail	7
LES COTISATIONS	8
- Statut fiscal et social des cotisations	8
- Statut fiscal	8
- Statut social	9
- Statut fiscal et social des prestations	9
TABLEAU DES GARANTIES	10
VOS CONTACTS	12

LES BÉNÉFICIAIRES

Relèvent obligatoirement du régime, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation prévus ci-après, vos **salariés agricoles** ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 définis à l'Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois (3) mois.

Doivent être également affiliés au contrat, vos anciens salariés répondant à cette définition qui bénéficient encore d'une période de maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale (portabilité), au titre d'un précédent contrat d'assurance collective complémentaire santé. **Des dispositions spécifiques** sont prévues ci-après pour les personnes **en suspension de contrat de travail ou en rupture de contrat de travail, en cours de contrat**.

Les salariés bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite doivent également être affiliés au régime.

Le cas échéant, **les salariés ont la possibilité d'étendre à titre facultatif** la couverture Complémentaire santé à leurs ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfants et ascendants à charge) et/ou d'améliorer le niveau de prestations prévues dans le régime conventionnel obligatoire tant pour eux-mêmes que pour leurs ayants droit inscrits au contrat.

Vos salariés agricoles non-cadres titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois (3) mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par leur contrat de travail est inférieure ou égale à quinze (15) heures par semaine, ne sont pas affiliables au régime d'assurance Complémentaire santé.

Ces salariés devront souscrire à titre individuel un contrat Complémentaire santé présentant un caractère « solidaire » et « responsable » pour la période concernée. La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils vous en fassent la demande dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un « versement santé », dans les conditions et limites définies aux articles D.911-6 et suivants du code de la Sécurité sociale. Il est toutefois précisé que, ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C et ACS) ou d'une couverture collective complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer à vos salariés des remboursements complémentaires à ceux effectués par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) au titre du régime obligatoire de protection sociale.

Chaque salarié peut opter pour :

- **l'extension Famille** : vos salariés peuvent demander l'extension du régime conventionnel à leurs ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfant et ascendant à charge) à titre individuel et facultatif, en complément de leur régime social de base tel que Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole, etc...,
- **la formule de garanties optionnelle** : vos salariés ont la possibilité d'améliorer le niveau des prestations prévu par le régime conventionnel pour eux-mêmes et leurs ayants droit. **Le choix de la formule optionnelle s'applique obligatoirement pour les ayants droit de votre salarié inscrits au contrat.**

Le niveau et la nature des remboursements sont indiqués dans le tableau des garanties annexé à ce guide.

LA GESTION DE LA GARANTIE

Afin d'assurer un service simple et efficace, l'ANIPS confie le soin à votre CMSA d'effectuer l'appel et le recouvrement de l'ensemble des cotisations et le paiement des prestations santé sauf pour les frais d'optique et dentaires.

Les frais d'optique et dentaires sont réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama Assurances Mutuelles.

Sur simple appel téléphonique au 09 69 32 33 12, nous vous transmettons les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau des professionnels de santé partenaires.

L’AFFILIATION ET LA RADIATION DE VOS SALARIES

Vos salariés répondant à la définition ci-dessus pour bénéficier du régime seront **automatiquement affiliés** au régime par votre caisse de MSA **dès le 1^{er} jour de leur embauche**.

Dans le cas où le salarié souhaite étendre la couverture Complémentaire santé à ses ayants droit et/ou souscrire la formule de garanties optionnelle, vous devrez lui faire remplir un bulletin de choix d’option et/ou d’extension facultative famille et déclaration des ayants droit afin de désigner nominativement ses ayants droit à garantir.

Ce bulletin devra être renvoyé dûment complété et signé à la CMSA dont relève le salarié.

NOTICE D’INFORMATION DES SALARIES

Vous devez **remettre à chacun de vos salariés la notice d’information** adressée par l’ANIPS.

CAS DE LA TRANSFORMATION D’ENTREPRISE

Dans le cas où un salarié n’aurait pas été affilié automatiquement par la CMSA au contrat Complémentaire santé, en particulier en cas de transformation d’entreprise, vous devez effectuer **une déclaration auprès de votre CMSA** afin de régulariser rétroactivement la situation.

DEROGATION : CAS DE DISPENSE D’AFFILIATIONS DE VOTRE SALARIE

Votre salarié s’il se trouve dans un des cas ci-dessous, a la possibilité, de se dispenser, à son initiative, de son obligation d’adhésion prévue par le régime en application des articles L.911-7 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale :

- 1° s’il bénéficie d’une couverture complémentaire en application de l’article L.861-3 du code de la Sécurité sociale (Complémentaire Santé Solidaire [ex CMU-C et ACS]). La dispense ne peut jouer que jusqu’à la date à laquelle il cesse de bénéficier de cette couverture ;
- 2° s’il est couvert par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du contrat d’assurance ou de son embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;
- 3° s’il bénéficie, pour les mêmes risques, y compris en tant qu’ayant droit, de prestations servies au titre d’un autre emploi en tant que bénéficiaire de l’un ou l’autre des dispositifs suivants, à condition de le justifier chaque année :
 - a) Dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d’affiliation ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire),
 - b) Régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
 - c) Régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d’État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
 - d) Régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
 - e) Contrats d’assurance de groupe dits « Madelin »,
 - f) Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
 - g) Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

En outre, votre salarié peut demander une dispense d’affiliation au contrat, s’il se trouve dans un des cas ci-dessous :

- 1) salarié et apprenti bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée au moins égale à douze (12) mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2) salarié et apprenti bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée inférieure à douze (12) mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3) salarié à temps partiel et apprenti, dont l’adhésion au système de garanties le conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à dix (10) % de sa rémunération brute, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties. En cas d’augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l’augmentation de sa durée de travail, si la cotisation santé représente moins de dix (10) % de sa rémunération brute de façon pérenne, il devra alors cotiser obligatoirement à la Complémentaire santé.

Dans tous les cas de dispenses précités, la mise en œuvre de la dispense d’affiliation ne peut avoir lieu que **sur demande écrite** de votre salarié.

Pour ce faire, il devra compléter et signer le formulaire mis à sa disposition par l'Institution sur son site : www.anips.fr, dans la rubrique « accords de la production agricole ».

Sa demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de sa situation.

Votre salarié devra produire chaque année ces justificatifs. À défaut, il sera affilié au contrat et la cotisation sera due.

Lorsque votre salarié ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, il doit vous en informer. L'affiliation à l'assurance Complémentaire santé prendra alors effet obligatoirement à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Pour les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par vous ni par votre salarié.

Vous devez informer l'Institution, des cas de dispenses et de leur cessation et conserver les justificatifs. Elle se chargera alors de transmettre votre demande à votre MSA.

Pour ce faire, vous devez utiliser le formulaire mis à votre disposition par l'Institution sur son site www.anips.fr.

LES RUPTURES DE CONTRAT

Concernant la gestion de vos sorties de personnel, la déclaration de rupture auprès du régime obligatoire de protection sociale vaut pour le régime Complémentaire santé. Ainsi, pour radier un salarié, il suffit de déclarer auprès de la MSA au plus tard le jour de son départ, par fax ou par courrier :

- le nom et le prénom du salarié concerné,
- son numéro de sécurité sociale.

L'admission éventuelle au régime des ayants droit du salarié, à titre facultatif, prend également fin à la date de cessation de son affiliation.

LE REGLEMENT DES COTISATIONS

L'appel des cotisations est **réalisé conjointement** à l'appel de cotisations du régime obligatoire de protection sociale par votre caisse de MSA.

Vous devez prélever la part de cotisation due par votre salarié et l'indiquer sur son bulletin de salaire.

Pour tout problème concernant l'appel de cotisations, nous vous invitons à adresser un courrier à votre CMSA ou téléphoner à votre correspondant habituel.

Prorata des cotisations : Vos salariés étant affiliés au régime Frais de santé dès le 1^{er} jour de leur embauche, un prorata des cotisations à l'entrée du salarié dans l'entreprise doit être effectué.

Cette cotisation proratisée est calculée de la façon suivante :

$$\text{montant de la cotisation mensuelle} \times \frac{(\text{nombre de jours calendaires dans le mois} - \text{n}^\circ \text{ du jour de début du contrat de travail}) + 1}{\text{nombre de jours calendaires dans le mois}}$$

Il n'y a pas de prorata de cotisation à la sortie du salarié, lors de sa radiation du régime. La cotisation reste due pour le mois entier, le salarié restant couvert jusqu'au dernier jour du mois concerné.

Cotisation afférente à l'«Extension famille» facultative et à la « formule de garanties optionnelle » : La cotisation relative à l'Extension famille facultative et à la formule de garanties optionnelle souscrites éventuellement par votre salarié est à la charge exclusive de ce dernier. Elle est payable par prélèvement automatique par la CMSA directement sur son compte bancaire.

LA GESTION DES PRESTATIONS

REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS DE SANTE

La CMSA de votre salarié rembourse **conjointement** la part obligatoire et la part complémentaire sans formalité particulière, exception faite des frais de prothèses dentaires et d'optique réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama Assurances Mutuelles, que les frais soient engagés dans le cadre des réseaux des praticiens ayant passé un accord avec Groupama ou non.

Les prestations concernant les ayants droit ne relevant pas de la MSA mais d'un autre régime obligatoire de protection sociale sont réglées par ledit régime obligatoire de protection sociale pour la part obligatoire et par l'institution pour la part complémentaire.

CARTE COMPLEMENTAIRE DE TIERS PAYANT

La CMSA porte les droits complémentaires sur la Carte Vitale du salarié, ce qui le dispense dans la plupart des cas de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par l'Institution.

Dans le cas où un salarié sort de l'effectif de l'entreprise, il doit restituer cette carte papier de tiers payant à l'ANIPS et vous devez lui demander de bien vouloir mettre sa Carte Vitale à jour dès que la CMSA l'invitera à le faire.

LE MAINTIEN DE LA GARANTIE

EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée :

L'affiliation de vos salariés -y compris celle de leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - à l'assurance Complémentaire santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence 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 du versement d'un revenu de remplacement versé par vos soins (type indemnité d'activité partielle) ,d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par vos soins ou d'un revenu de remplacement versé par vos soins.

Ce maintien est accordé tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ou le versement du revenu du remplacement versé par vos soins ou des indemnités journalières complémentaires ou d'un revenu de remplacement versé par vos soins.

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Dans tous les autres cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la (aux) couverture(s) facultative(s) retenue(s) (Extension famille et/ou Formule optionnelle).

2 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée :

L'affiliation de vos salariés – y compris celle de leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - à l'assurance Complémentaire santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de suspension du contrat de travail sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire ou à versement d'un revenu de remplacement, de votre part, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à plein temps ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à la CMSA au plus tard un (1) mois après le début de la période de suspension du contrat de travail de votre salarié. Vous devez pour cela communiquer, les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date, la durée et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

À défaut d'apporter l'information auprès de la MSA concernant la situation de suspension du contrat de travail de votre salarié, vous serez tenu de procéder durant la période de versement des prestations complémentaires frais de santé au paiement intégral des cotisations correspondantes.

Dans tous les autres cas, vos salariés demeurent redevables de la cotisation correspondant à la (aux) couverture(s) facultative(s) retenue(s) (Extension famille et/ou Formule optionnelle).

Après cette 1^{ère} période de 3 mois, les participants considérés peuvent pendant la période de suspension de leur contrat de travail restant à courir demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné sans pouvoir prétendre à une participation de votre part.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à la CMSA au plus tard un (1) mois après le début de la période de suspension du contrat de travail.

Vous devez pour cela communiquer, les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date, la durée et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

À défaut d'information auprès de la MSA de votre part concernant le participant en situation de suspension du contrat de travail, le versement de prestations complémentaires Frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par vos soins.

EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

1 – Maintien au titre de la portabilité (Article L911-8 du code de la Sécurité sociale issu de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013)

Bénéficiaires : Le bénéfice de l'assurance Complémentaire santé est maintenu, à compter de la cessation du contrat de travail, à vos anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu pour l'un des motifs énumérés ci-après et remplissant les conditions suivantes :

- Être indemnisé par le régime de l'assurance chômage, quel que soit l'origine de la cessation du contrat de travail,
- Avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie avant la rupture de son contrat de travail.

Donne droit à maintien des garanties :

- tout licenciement sauf en cas de faute lourde,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai,
- l'arrivée à terme du CDD,
- la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
- la démission légitime,
- la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite maximale de douze (12) mois.**

Modalités de mise en œuvre : Vous devez signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informer la CMSA de la cessation du contrat de travail du salarié concerné dans les dix (10) jours suivant la date de cessation de son contrat de travail ainsi que la durée maximale de ce maintien. Au terme de ce maintien, les dispositions prévues ci-après dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, seront applicables.

2 - MAINTIEN AU TITRE DE LA LOI « EVIN » (ARTICLE 4 DE LA LOI N°89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989)

Bénéficiaires : Les personnes suivantes peuvent bénéficier d'un maintien de la couverture santé complémentaire, à titre individuel, proposé par votre Caisse régionale Groupama :

- l'ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite,
- l'ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,
- l'ancien salarié dont le contrat de travail rompu, bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité percevant à ce titre des prestations en espèces de la CMSA,
- l'ayant droit d'un salarié (ou ancien salarié) décédé, sous réserve d'avoir été inscrit au contrat à la date du décès.

Modalités de mise en œuvre : Vous devez informer l'ANIPS de la cessation du contrat de travail du salarié concerné dans les 10 jours.

La proposition d'un maintien individuel de garanties leur en sera faite dans un délai de deux (2) mois à compter de la rupture de leur contrat de travail ou à l'issue de leur période de maintien au titre de la portabilité, ou de la date du décès.

L'intéressé devra accepter cette proposition dans un délai de six (6) mois suivant la cessation de son contrat de travail ou de son maintien temporaire de garantie au titre de la portabilité.

Il est précisé que si votre ancien salarié était bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de la portabilité à la date de son décès, les ayants droit doivent faire la déclaration du décès **dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de sa date de survenance.**

Les prestations et les cotisations seront dues à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre de la portabilité ou de la date du décès. **Aucune autre date ne pourra être acceptée.**

LES COTISATIONS

Les cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS*). Ces pourcentages pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du régime.

Au 1^{er} janvier 2025, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations est de :

Situation de famille	Taux de l'accord (PMSS*)	Taux d'appel (PMSS*)	Régime conventionnel de base	
			Part employeur 50 % de la cotisation Salarié seul (indexée sur le PMSS*)	Part salarié (indexée sur le PMSS*)
Salarié seul	0,91%	0,728%	14,29 € /mois	14,28 € /mois
Option Extension famille à titre facultatif	1,44%	1,152%	0 €	45,22 € /mois
Total si Option Extension famille à titre facultatif souscrite	2,35%	1,88%	14,29 € /mois	59,50 € /mois
Situation de famille	Taux de l'accord (PMSS*)	Taux d'appel (PMSS*)	Régime Amélioré facultatif	
			Part employeur 50 % de la cotisation Salarié seul (indexée sur le PMSS*)	Part salarié (indexée sur le PMSS*)
Salarié seul	1,23%	0,984%	14,29 € /mois	24,33 € /mois
Option Extension famille à titre facultatif	1,94%	1,552%	0 €	60,92 € /mois
Total si Option Extension famille à titre facultatif souscrite	3,17%	2,536%	14,29 € /mois	85,25 € /mois

*A titre indicatif, en 2025 : PMSS = 3 925 €

STATUT FISCAL ET SOCIAL DES COTISATIONS

STATUT FISCAL

Pour votre entreprise, les cotisations patronales à un régime collectif obligatoire de Complémentaire santé constituent une charge déductible pour la détermination de votre résultat imposable.

Pour vos salariés, les cotisations salariales à un régime collectif obligatoire de frais de santé n'entrent pas dans l'assiette pour le calcul de l'impôt sur le revenu dans la limite de l'enveloppe rappelée ci-après.

En revanche, les cotisations patronales sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination de l'impôt.

Les cotisations sont déductibles dans la limite de cinq (5) % du montant annuel du salaire plafond de la Sécurité sociale, plus deux (2) % de la rémunération brute annuelle, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder deux (2) % de huit (8) fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

Les cotisations patronales sont soumises à la CSG (9,2 %) et à la CRDS (0,5 %), au 1^{er} euro.

STATUT SOCIAL

Les cotisations patronales versées à un régime collectif obligatoire de prévoyance (y compris la Complémentaire santé) sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale à hauteur d'une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et d'un et demi (1,5) % de la rémunération, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder douze (12) % de ce même plafond.

Les contributions de prévoyance complémentaire sont soumises au forfait social de huit (8) % dans les entreprises de plus de 10 salariés (les entreprises de moins de onze (11) salariés ne sont pas soumises au forfait social).

STATUT FISCAL ET SOCIAL DES PRESTATIONS

Les remboursements de l'assurance Complémentaire santé ne sont soumis ni à l'impôt sur le revenu ni à cotisations de Sécurité Sociale.

RÉSILIATION DU CONTRAT

Vous pouvez résilier votre contrat en le notifiant par lettre, courrier électronique ou, à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.932-12-2 du code de la sécurité sociale auprès de la MSA ou de l'institution à l'adresse suivante :

ANIPS – Ma résiliation collective
Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre
maresiliationcollective@ggvie.fr

CE GUIDE N'A QU'UNE VALEUR INDICATIVE, IL EST REDIGE EN FONCTION DES PARAMETRES JURIDIQUES ACTUELLEMENT EXISTANTS.

TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

		BASE	OPTION 1
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	conventionné	100 % TM	100 % TM
	non conventionné	100 % TM	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR	100 % FR
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour		NON GARANTI	52 Euros
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		40 Euros	65 Euros pendant 60 jours puis 40 Euros au-delà
Hospitalisation à l'étranger (RO français ⁽²⁾)		120 % BR	120 % BR
LE + MATERNITÉ			
Indemnité de naissance, par maternité		1/3 PMSS	1/3 PMSS
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 200 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 150 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 75 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR
Honoraires paramédicaux			
- Sages-femmes		100 % TM + 10 % BR	100 % TM + 10 % BR
- Autres auxiliaires médicaux		100 % TM	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM	100 % TM
Médicaments :			
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM	100 % TM
- Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI	40 Euros
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI	40 Euros
Matériel médical :			
- Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
- Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
- Grand appareillage médical		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		100 % BR	100 % FR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		30 Euros par séance 1 séance	30 Euros par séance 4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :			
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM	100 % TM + 70 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI	100 Euros
AIDES AUDITIVES			
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
Équipements 100 % santé ⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Équipements hors 100 % santé			
Prothèses auditives prises en charge par le RO		100 % TM + 410 % BR	100 % TM + 410 % BR + 200 Euros
dans la limite par oreille de :		1 700 Euros	1 700 Euros

	BASE	OPTION 1	
OPTIQUE			
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) (4)			
Équipement 100 % santé (3)	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Équipements hors 100 % santé :	<i>Chez les opticiens non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens non partenaires Sévéane</i>
Équipement optique : 1 monture et 2 verres (dont 100 € maximum pour la monture)			<i>Chez les opticiens partenaires Sévéane</i>
- Verres simples	Adulte : 250 € Enfant : 300 €	Monture : 100 € Verres : 100 % des prix négociés(5)	380 €
- Verres mixtes simple-complexe	Adulte : 307,5 € Enfant : 375 €		430 €
- Verres mixtes simple-très complexe	Adulte : 307,5 € Enfant : 375 €		440 €
- Verres complexes	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €
- Verres mixtes complexe-très complexe	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €
- Verres très complexes	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 150 Euros	100 % TM + 200 Euros	
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % santé(3)	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation		
Soins et prothèses hors 100 % santé :	<i>Chez les dentistes non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes non partenaires Sévéane</i>
Soins	100 % TM	100 % FR	100 % FR
Inlays / Onlays	100 % TM + 25 % BR		100 % TM + 50 % BR
Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO :	100 % TM + 150 % BR		100 % TM + 170 % BR
avec un supplément par an et par personne assurée de :	300 Euros		400 Euros
Orthodontie prise en charge par le RO	100 % TM + 60 % BR		100 % TM + 230 % BR
Implantologie dentaire par an et par personne assurée	NON GARANTI		200 Euros
Parodontologie, par an et par personne assurée	100 Euros	200 Euros	200 Euros
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN			
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	INCLUS		INCLUS
Tiers payant	INCLUS		INCLUS

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'institution sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux planchers et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € - Maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € - Maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	Minimum : 200 € - Maximum : 800 €

<ul style="list-style-type: none"> - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries 	dont 100 € au maximum pour la monture
--	--

5 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau Sévène et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires

Commentaires annexes

Limitations liées à l'optique

Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Définitions des verres simples, complexes et très complexes

Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement du RO.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

TM : Ticket modérateur

RO : Régime obligatoire de protection sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 925€ pour l'année 2025.

VOS CONTACTS

Pour tous renseignements ou questions relatives :

- **Aux cotisations :**

- votre caisse de MSA

- **Pour toute autre question :**

- ANIPS – GROUPAMA GAN VIE
CS 40189 86962 FUTUROSCOPE Cedex
Téléphone : 09 69 32 33 12 (appel non surtaxé)
De 9h à 12 h et de 13h30 à 17h30 du lundi au vendredi

