



**Accord d'entreprise relatif au dispositif de
Couverture Complémentaire Santé
de la Banque de France**

Préambule :

Dans le cadre de ses initiatives en matière de responsabilité sociale, et soucieuse de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses personnels et de leurs familles, la Banque de France a souhaité mettre en place un dispositif de protection complémentaire santé qui offre une couverture collective et obligatoire de qualité à ses salariés et qui donne la possibilité de bénéficier de la poursuite d'une telle couverture à ses retraités qui le souhaitent. Cet objectif s'inscrit aussi dans le cadre d'une politique active de recrutement et de fidélisation d'un personnel aux compétences adaptées aux enjeux de l'entreprise.

Pour faire bénéficier ses salariés d'un cadre social avantageux, le dispositif, mis en place au 1^{er} janvier 2010 à la suite de la publication d'un avis de marché au Journal Officiel de l'Union Européenne (JOUE), a été conçu en conformité avec la loi n°2003-775 du 21.08.2003 portant réforme des retraites (dite loi Fillon) ; il est aussi conforme aux lois n°2004-810 du 13.08.2004 relative à l'assurance maladie (contrats responsables) et n°89-1009 du 31.12.1989 (dite loi Évin) ainsi qu'à leurs textes d'application.

Ce dispositif est constitué d'une couverture obligatoire mise en place dans le cadre d'un accord d'entreprise pour les actifs accessible à titre facultatif à leurs ayants-droit et d'une couverture surcomplémentaire facultative. Il définit par ailleurs les conditions de maintien de ce dispositif aux anciens salariés.

Article 1er : Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet d'instituer en conformité avec les dispositions de l'article 83 du Code Général des Impôts et de l'article L 242-1 du Code de la sécurité sociale un régime complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire au profit des salariés de la Banque de France tels que définis à l'article 2 ci-dessous.

Article 2 : Bénéficiaires

a) Principe général

Sont adhérents à titre obligatoire au régime de base : les salariés actifs ou en position d'activité rémunérés par la Banque de France, ci-après dénommés les actifs.

Dans le cas de couples dont les deux membres travaillent à la Banque de France, les deux salariés sont adhérents à titre obligatoire. Dans l'hypothèse de la suspension de la relation de travail ou du contrat de travail avec une suspension totale du salaire de l'un des membres du couple, celui dont la relation de travail ou le contrat de travail est ainsi suspendu peut continuer à bénéficier du régime en tant qu'ayant droit de son conjoint et ce pendant toute la durée de la suspension de sa relation de travail ou de son contrat de travail. À l'issue de la suspension de la relation de travail ou du contrat de travail, sous réserve d'une reprise de service rémunérée par la Banque de France, il redevient adhérent à titre obligatoire.

Dans le cas du recrutement d'un enfant d'un salarié travaillant à la Banque de France, cet enfant est adhérent à titre obligatoire dès sa date d'embauche et perd corrélativement sa qualité d'ayant droit à titre facultatif. »

Le présent accord et ses modifications ultérieures s'imposent à l'ensemble des actifs.

Les actifs pourront par ailleurs adhérer à titre facultatif au régime surcomplémentaire , dont le coût est entièrement à leur charge.

b) Dérogations

Peuvent être dispensés d'adhérer au régime obligatoire les salariés visés par l'article R 242-1-6 du code de la sécurité sociale, et en particulier :

- les titulaires d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois,
- les titulaires d'un CDD d'une durée au moins égale à 12 mois s'ils demandent à être dispensés à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective obligatoire (par exemple les salariés couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint, les salariés à employeurs multiples) ; le salarié doit justifier chaque année de cette couverture obligatoire. Les salariés qui cessent de demander à être dispensés, sont tenus d'adhérer ;
- les salariés qui sont déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé, pour la durée restant à courir entre la date de leur recrutement et la date d'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire d'une couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et ce jusqu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de cette couverture.

Sauf dans les cas de CDD inférieurs à 12 mois, pour lesquels la dispense d'affiliation est de droit, les demandes de dispenses d'adhésion au régime obligatoire sont formulées auprès de la DGRH-DAP par écrit et accompagnées des pièces justificatives. Chaque année la Banque de France organise une campagne de renouvellement des justificatifs.

c) En cas de suspension de la relation de travail ou du contrat de travail, le régime obligatoire est maintenu dans les mêmes conditions que pour les actifs tant qu'il y a maintien total ou partiel du salaire ou que le salarié perçoit des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

En cas de suspension de la relation de travail ou du contrat de travail ne donnant lieu à aucune rémunération, l'assuré peut devenir – à sa demande – adhérent à titre facultatif au premier jour du premier mois civil sans rémunération et sa cotisation n'est plus subventionnée par l'employeur. Par exception à ce principe, la subvention de l'employeur continuera à être versée, avec application des règles fiscales et sociales régissant les adhésions facultatives, au profit du salarié dont le salaire est entièrement suspendu pour des raisons liées à son état de santé ou en cas de congé pour raisons familiales (congé parental d'éducation, congé pour élever un enfant de moins de 8 ans, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale, congé de soutien familial, tels que prévus par la réglementation de la Banque), mais qui choisit de continuer à cotiser au régime obligatoire.

d) Adhésion à titre facultatif

Peuvent adhérer à titre accessoire et facultatif aux régimes obligatoire et surcomplémentaire : les ayants droit, soit conjoints, enfants et ascendants, des actifs et des retraités.

Sont considérés comme conjoints au titre du présent accord : personne mariée, concubin au sens de l'article 515-8 du code civil ou liée par un PACS avec l'actif ou le retraité.

Sont considérés comme enfants au titre du présent accord : les enfants légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis de moins de 28 ans à la charge de l'assuré ou de son conjoint à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenus égaux ou supérieurs au SMIC (appréciés en moyenne mensuelle sur l'année calendaire écoulée).

Les enfants adultes handicapés de plus de 28 ans fiscalement à charge du salarié peuvent être garantis sous réserve qu'ils perçoivent des revenus inférieurs au SMIC et qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité à un taux égal ou supérieur à 79% ou bénéficiaires de l'allocation légale aux adultes handicapés.

Les ascendants ne peuvent adhérer que s'ils ne sont pas imposables à titre personnel et s'ils sont à la charge fiscale de l'assuré ou de son conjoint adhérent au régime.

L'affiliation des ayants droit dure aussi longtemps que l'affiliation à titre principal du salarié, sauf dénonciation de cette affiliation par le salarié. La perte par le salarié de la qualité d'assuré entraîne automatiquement la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit.

Les salariés mis à disposition en poste à l'étranger et les salariés détachés peuvent demander leur affiliation à titre facultatif au dispositif. Dans ce cas, la cotisation est à leur charge exclusive sans subventionnement de l'employeur.

Article 3 : Maintien de la couverture complémentaire santé à titre facultatif.

a) Sorties de groupe

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les personnes listées ci-après, anciens salariés de la Banque de France, pourront demander directement à l'Attributaire le maintien de leur couverture complémentaire santé dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur relation ou contrat de travail ou dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties :

- agents retraités affiliés en tant qu'actifs au régime obligatoire à la date de leur départ en retraite,
- agents retraités qui, à la date de leur départ en retraite, se trouvaient dans une des situations visées au 2^{ème} alinéa du c) de l'article 2,
- agents bénéficiaires d'une rente d'incapacité, agents invalides bénéficiant d'une pension d'invalidité versée par la Caisse de Réserve de la Banque ou par la Sécurité Sociale,
- anciens salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- veufs, veuves et orphelins d'agents décédés en période d'activité.

Dans ce dernier cas, l'accès au maintien du dispositif de couverture complémentaire santé de la Banque de France n'est possible que sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Attributaire dans les 6 mois qui suivent le décès et de payer les cotisations correspondantes.

Par ailleurs, les ayants droit d'un membre du régime des « sorties de groupe » (personnes listées ci-dessus) peuvent adhérer à titre facultatif au régime des « sorties de groupe ».

De même, les veufs, veuves et orphelins étant ayants droit d'un membre du régime des « sorties de groupe » peuvent demander à être maintenus dans ce régime dans les 6 mois qui suivent le décès de l'ouvrant droit.

Dans tous les cas, les personnes listées ci-dessus seront accueillies dans le régime appelé « sorties de groupe ». Dans le cadre de ce régime, les adhérents (retraités, licenciés, ayants droit...) bénéficient des mêmes conditions d'assurance (définition des bénéficiaires, règles d'affiliation et de radiation) et des mêmes garanties que les actifs, sous réserve du respect de l'application des dispositions prévues par la loi EVIN précitée.

b) Portabilité

En application de l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de cessation de leur relation de travail ou de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient à titre gratuit du maintien de leur couverture complémentaire santé, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les actifs, pour une durée forfaitaire égale à la durée de leur relation de travail ou de leur dernier contrat de travail ou, le cas échéant des dernières relations ou derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs à la Banque de France, dans la limite, dans tous les cas, de 12 mois et sous réserve d'avoir été affiliés au régime obligatoire pendant leur période d'activité.

À l'issue de cette période, ils peuvent demander le maintien de leur couverture complémentaire santé dans les conditions et selon les modalités visées au paragraphe a) intitulé « Sorties de groupe » du présent article.

Article 4 : Prestations complémentaires Santé

Les prestations complémentaires Santé sont présentées en annexe 1 : le régime complémentaire est obligatoire pour les actifs et accessible à leurs ayants droit à titre facultatif.

Les actifs peuvent souscrire un supplément de garanties en s'affiliant au régime surcomplémentaire moyennant le paiement d'une cotisation à leur seule charge.

Ces garanties sont accessibles sans conditions, ni sélection médicale ni délai de carence ni droit d'entrée selon les modalités définies au contrat d'assurance. Celui-ci précise notamment :

- la durée minimale d'adhésion ;
- les périodes d'adhésion selon que celle-ci intervient à prise d'effet du contrat, consécutivement à un événement familial ou professionnel ou à la seule initiative de l'assuré.

Le régime Frais de santé à caractère obligatoire respecte les règles des contrats dits responsables (loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie et ses décrets d'application).

Article 5 : Règlement des prestations santé ; Fonds Social ; Actions de prévention

La Banque de France a recherché une qualité de service de haut niveau pour ses personnels.

Le dispositif prévoit l'utilisation de la télétransmission avec les CPAM (via une adhésion à NOEMIE) et la mise en place dès la date d'effet des contrats d'un système de tiers payant utilisable dans toute la France.

Sera mis en place un fonds social dédié au profit des adhérents aux régimes institués par le présent accord, qui permettra le versement d'allocations complémentaires aux prestations santé en faveur des adultes ou enfants handicapés, et, sous conditions de ressources, d'allocations exceptionnelles liées à des dépenses médicales ou d'aides liées à l'hébergement en maisons de retraite ou au maintien à domicile des personnes âgées. Ces allocations seront versées dans la limite des disponibilités du fonds social, qui sera financé par un budget alloué par l'Attributaire et complété par une dotation spécifique de la Banque.

Il sera géré par une commission dite « d'attribution » qui se réunira une fois par mois afin d'accorder les aides après examen des demandes reçues et instruites par l'attributaire. Cette commission d'attribution sera composée de représentants de la Banque, de représentants des organisations syndicales signataires de l'accord d'entreprise et de l'ensemble de ses avenants, et de représentants de l'attributaire.

La commission de suivi paritaire de l'accord sera régulièrement informée des procédures d'attributions ainsi que du fonctionnement de la commission d'attribution.

L'Attributaire mettra également en place des actions de prévention ciblées et adaptées à la population couverte, dans le cadre d'un budget spécifique.

Article 6 : Administration et Gouvernance des régimes Frais de Santé

Une unité rattachée à la Direction de l'administration du personnel sera l'interlocuteur de l'Attributaire pour la bonne marche du dispositif, et en particulier la fourniture des informations requises. Elle recueillera et traitera les questions relatives à l'application du présent accord. Elle pourra aussi être contactée par les agents en cas de litige sur leurs dossiers de remboursements avec l'Attributaire, mais seulement après les échanges directs avec celui-ci, sous réserve d'un engagement strict de confidentialité :

Cette unité organisera, sous l'autorité du Directeur de la DAP, le pilotage du dispositif, sur la base de réunions périodiques et de comptes rendus mensuels ou trimestriels transmis par l'Attributaire qui permettront de vérifier les montants facturés et de suivre l'évolution des prestations ou autres dépenses. Ces réunions pourront donner lieu à concertation pour formuler des recommandations en vue de maîtriser ces dépenses et responsabiliser les consommateurs de soins, en particulier en promouvant les filières de soins pratiquant les tarifs conventionnés.

En cas de besoin, la Banque de France pourra diligenter un audit du dispositif, soit par ses propres services, soit par un intervenant extérieur choisi en commun par les signataires du présent accord.

Une Commission de suivi paritaire du régime Frais de santé à caractère obligatoire sera instituée durant le 1^{er} mois d'entrée en vigueur de l'accord d'entreprise pour examiner les

conditions d'application de cet accord et procéder à un examen détaillé des comptes et à une analyse de l'évolution des différentes prestations.

Cette Commission sera présidée par un représentant de la Banque et composée d'un représentant par organisation syndicale représentative signataire, chacun d'entre eux pouvant demander l'inscription de points à l'ordre du jour. Cette Commission se réunira au moins une fois par an, assistée le cas échéant d'un expert indépendant, choisi en commun par les signataires du présent accord.

Compte tenu de la technicité des sujets susceptibles d'être abordés, la Banque organisera une formation à l'intention des participants à cette Commission de suivi paritaire.

A la demande du Comité Central d'Entreprise, la Banque présentera chaque année aux élus le rapport mentionné à l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sur les comptes du contrat collectif.

Article 7 : Financement et tarification

La Banque de France contribue au financement de ces régimes de couverture complémentaire santé à hauteur de

- 75% de leurs cotisations pour les actifs à titre obligatoire ;
- 50% de leurs cotisations pour leurs ayants droit adhérents à titre facultatif ;
- 35% de leurs cotisations pour les autres adhérents à titre facultatif (retraités et leurs ayants droit).

L'équilibre économique des différents régimes est obtenu pour chacun d'eux.

Les dispositions du présent accord se substituent aux précédents usages ou décisions unilatérales de la Banque relatifs au financement de la protection complémentaire santé, tels que le subventionnement direct et indirect de la mutuelle SMCC.

La part salariale des cotisations est prélevée sur les salaires des adhérents obligatoires par l'employeur et reversée à chaque fin de mois à l'Attributaire, ainsi que la part des cotisations à la charge de l'employeur. Tous les actifs adhérents obligatoires feront l'objet d'un précompte à partir de leur feuille de paie sauf s'ils ont fait valoir les dispenses possibles prévues à l'article 2 b) du présent accord. Les précomptes sur bulletin de paie du salarié par l'employeur ou selon son choix sur son compte bancaire par l'assureur des cotisations au titre des adhésions des ayants droit ainsi qu'au titre de l'adhésion à la couverture surcomplémentaire facultative ne pourront intervenir qu'après traitement des bulletins d'adhésion dûment remplis.

Les retraités qui auront choisi d'adhérer dans ces conditions pourront également opter pour le précompte de leurs cotisations sur leur pension après traitement de leurs bulletins d'adhésion ; cette disposition ne pourra pas s'appliquer aux anciens salariés qui ne reçoivent pas un versement de pension chaque mois, ou dont le montant du complément de pension serait inférieur au montant de la cotisation à prélever : l'Attributaire proposera alors à ceux-ci de signer un mandat de prélèvement sur leurs comptes bancaires.

Les niveaux de cotisations, pour les adhérents au régime local d'Alsace-Moselle d'une part, pour les adhérents aux autres régimes de Sécurité Sociale d'autre part, sont indiqués en annexe 2.

Ces tarifs ont été établis dans un souci de plafonner les coûts induits pour les familles de 3 enfants et plus et de limiter l'augmentation des cotisations applicables aux retraités, en rapport avec leur consommation médicale plus importante que celle des actifs.

Les signataires conviennent qu'un avenant à cet accord d'entreprise ne sera pas nécessaire si aucune cotisation demandée par l'Attributaire n'augmente de plus de 5% par an.

Article 8 : Caractère indemnitaire du régime

En application de l'article 9 de la loi Évin, les remboursements complémentaires des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après prestations de tout autre organisme.

Article 9 : Information des assurés

Chaque assuré recevra une notice d'information, rédigée par l'Attributaire, résumant les garanties et les obligations liées au dispositif mis en place par la signature du présent accord.

Toute modification des droits et obligations des parties fera l'objet d'une actualisation de cette notice ; toute actualisation de la notice sera communiquée sans délai aux assurés concernés.

Article 10 : Durée de l'accord

En ligne avec l'objectif de pérennité du dispositif de protection complémentaire santé du personnel, le présent accord, qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2010, est établi pour une durée indéterminée.

Article 11 : Révision et dénonciation de l'accord

Chaque partie signataire peut demander la révision du présent accord à date d'effet du 31 décembre de chaque année, avec un préavis de 4 mois : toute demande de révision est adressée à chacune des autres parties signataires et comporte, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement.

Le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 1 mois suivant la réception de cette demande, les parties ouvrent une négociation en vue de la rédaction d'un nouveau texte. La révision proposée donne lieu à l'établissement d'un avenant se substituant de plein droit aux stipulations de l'accord qu'il modifie. En l'absence d'accord entre les parties au 31 décembre, le présent accord continue à s'appliquer dans toutes ses dispositions.

Le présent accord peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, dans les conditions prévues par les articles L 2261-9 à L 2261-13 du code du travail. Compte tenu de l'articulation avec la relation contractuelle établie avec l'Attributaire, la dénonciation est notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 30 septembre de chaque exercice pour prendre effet le 31 décembre de ce même exercice. La dénonciation ne peut porter que sur la totalité de l'accord, aucune dénonciation partielle n'étant admise. A défaut de la conclusion d'un nouvel accord, le présent accord conserve tous ses effets durant les 12 mois suivant la date d'effet de la dénonciation.

En cas de résiliation des contrats d'application par l'Attributaire ou suite à l'arrivée du terme de ces contrats, le présent accord deviendrait caduc, par disparition de son objet, les parties signataires se trouvant déchargées de leurs engagements, si les signataires ne concluent pas un avenant intégrant les éventuelles modifications du dispositif de couverture

complémentaire santé tel qu'il résulterait de la procédure de mise en concurrence engagée à la suite de la résiliation ou de l'arrivée du terme des contrats d'application.

Article 12 : Évolution de la législation et de la réglementation

Le présent accord est conclu sur la base de la législation et réglementation, notamment fiscale et sociale, actuellement en vigueur applicable à la protection complémentaire santé.

Article 13 : Dépôt légal

Le présent accord, ainsi que ses avenants éventuels, seront déposés, conformément aux dispositions légales, à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Paris.

À compter du 1^{er} juillet 2010 les avenants éventuels au présent accord seront déposés à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) - Unité territoriale de Paris

BAREMES DE REMBOURSEMENT au 1^{er} janvier 2016

BR : Base de remboursement CAS : Contrat d'accès aux soins	Régime de base	Régime supplémentaire	Total
PHARMACIE			
Service médical rendu majeur ou important	100% BR – SS	-	100% BR – SS
Service médical rendu modéré	100% BR – SS	-	100% BR – SS
Service médical rendu faible	30% BR - SS	-	30% BR – SS
Autres prestations sanitaires (LPP)	130% BR – SS	-	130% BR - SS
FRAIS MEDICAUX dans parcours de soins (1)			
Consultations généralistes ayant adhéré au CAS	120% BR – SS	100% BR	220% BR – SS
Consultations généralistes n'ayant pas adhéré au CAS (11)	100% BR – SS	100% BR	200% BR – SS
Consultations généralistes non conventionnés (2)	100% TA – SS	-	100% TA – SS
Consultations spécialistes ayant adhéré au CAS	170% BR – SS	100% BR	270% BR – SS
Consultations spécialistes n'ayant pas adhéré au CAS (11)	150% BR – SS	50% BR	200% BR – SS
Consultations spécialistes non conventionnés (2)	100% TA – SS	-	100% TA – SS
Actes techniques médicaux (CCAM) dans le cadre du CAS Y compris actes de radiologie dont Échographie IRM Ostéodensitométrie osseuse acceptée	165% BR – SS	35% BR	200% BR – SS
Actes techniques médicaux (CCAM) hors CAS (11) Y compris actes de radiologie dont Échographie IRM Ostéodensitométrie osseuse acceptée	145% BR – SS	35% BR	180% BR – SS
Franchises actes techniques	100% du forfait	-	100% du forfait
Ostéodensitométrie osseuse refusée	35 € / an	-	35 € / an
Auxiliaires médicaux	100% BR – SS	100% BR	200% BR – SS
Analyses médicales	100% BR – SS	30% BR	130% BR – SS
Transports	100% BR – SS	30% BR	130% BR – SS
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR - SS	50% BR	150% BR - SS
Actes d'endodontie	100% BR - SS	50% BR	150% BR - SS
Actes de prophylaxie et prévention	100% BR - SS	50% BR	150% BR - SS
Actes d'anesthésie – Actes de chirurgie	165% BR - SS	35% BR	200% BR – SS
Actes d'imagerie	100% BR – SS + 26€	-	100% BR – SS + 26€
Actes techniques médicaux dont gouttières d'occlusion et pour application gel	165% BR - SS	35% BR	200% BR – SS
Actes techniques médicaux non pris en charge (Attachements par élément)	225,75 €		225,75 €
Inlays-core	300% BR - SS	-	300% BR - SS
Actes d'inlay-onlay	300% BR - SS	-	300% BR - SS
Prothèses amovibles définitives métalliques	380% BR - SS	-	380% BR - SS
Prothèses amovibles définitives résine	500% BR - SS	-	500% BR - SS
Prothèses amovibles définitives moins de 9 dents non prises en charge 3 dents par dent supplémentaire	258,00 € 43,00 €	- -	258,00 € 43,00 €
Prothèses transitoires fixes et amovibles	100% BR - SS	-	100% BR - SS
Prothèses fixes céramiques ou métalliques Couronnes, piliers de bridge Bridge 3 éléments Éléments supplémentaires (sauf 2 ^{ème} et 3 ^{ème}) Bridge collé non pris en charge 3 dents par dent supplémentaire	300% BR - SS 375% BR - SS 375% BR - SS 322,50 € 53,75 €	100% BR 100% BR - - -	400% BR - SS 475% BR - SS 375% BR - SS 322,50 € 53,75 €
Réparation sur prothèse	300% BR - SS	-	300% BR - SS
Réparation sur bridge non pris en charge (par dent)	32,25 €	-	32,25 €
Rebasage non pris en charge (forfait annuel limité à 4 par bénéficiaire)	161,60 €	-	161,60 €
Parodontologie	275% BR – SS	240% BR	515% BR – SS
Parodontologie non prise en charge (forfait annuel par bénéficiaire)	150 €	100 €	250 €
Attelles de contention	300% BR - SS	-	300% BR - SS
Attelles de contention non prises en charge	337 €	-	337 €

ANNEXE 1

BR : Base de remboursement CAS : Contrat d'accès aux soins	Régime de base	Régime supplémentaire	Total
Orthodontie Prise en charge (traitement, empreintes et surveillance) Non prise en charge (maximum 2 semestres)	220% BR – SS 233 € / semestre	80% BR 347 € / semestre	300% BR – SS 580 € / semestre
Poses d'implants et infrastructure prises en charge dans le cadre de maladies rares Implants non pris en charge (3) Scanner pré implantaire non pris en charge sous condition (4)	165% BR - SS 600 € 100 €	35% BR 200 € -	200% BR - SS 800 € 100 €
Couronne sur Implant Couronne sur Implant non pris en charge Bridge sur implant non pris en charge Pilier de bridge sur implant non pris en charge Inter 3 dents sur implant non pris en charge par dent supplémentaire	300% BR - SS 322,50 € 322,50 € 322,50 € 53,75 €	100% BR - - - -	400% BR - SS 322,50 € 322,50 € 322,50 € 53,75 €
OPTIQUE			
Montures (5)	150 €	-	150 €
Verres adultes (5)	Cf. grille annexée	-	Cf. grille annexée
Verres enfants (6)	Cf. grille annexée	-	Cf. grille annexée
Forfait annuel par lentille Prise en charge Non prise en charge	75 € simple 150 € progressive 61 € simple 136 € progressive	50 € 50 €	125 € simple 200 € progressive 111 € simple 186 € progressive
Chirurgie laser	330 € / œil	70 € / œil	400 € / œil
PROTHESES DIVERSES			
Orthopédie et prothèses diverses	130% BR - SS	70% BR	200% BR - SS
Prothèses auditives Forfait par oreille	100% BR –SS + 686 €	314 €	100% BR - SS + 1000 €
Fournitures et accessoires	130% BR - SS	-	130% BR - SS
Forfait d'entretien par prothèse	130% BR - SS	-	130% BR - SS
Prothèses mammaires / capillaires (forfait annuel)	100% BR - SS + 140 €/229€	-	100% BR - SS + 140 €/229€
Orthèses plantaires (par pied)	100% BR -SS + 40 €	10 €	100% BR - SS +50 €
HOSPITALISATION			
Forfait journalier d'hospitalisation (7)	100% du forfait	-	100% du forfait
Prix de journée	100% BR - SS	-	100% BR - SS
Honoraires CCAM structure hospitalière dans le cadre du CAS	300% BR - SS	300% BR	600% BR - SS
Honoraires CCAM structure hospitalière hors CAS (11)	150% BR - SS	50% BR	200% BR - SS
Honoraires CCAM soins externes dans le cadre du CAS	165% BR - SS	35% BR	200% BR - SS
Honoraires CCAM soins externes hors CAS (11)	145% BR - SS	35% BR	180% BR - SS
Chambre particulière (7)	40 €	35 €	75 €
Chambre particulière maternité (7)	40 €	35 €	75 €
Frais accompagnant	25 € (- 14 ans)	25 € (- 14 ans)	50 € (- 14 ans)
AUTRES			
Cures thermales prises en charge (8)	100% BR - SS	-	100% BR - SS
Hébergement cures thermales (8) Forfait pris en charge Forfait non pris en charge	80% BR – SS + 61 € 40% BR théorique + 61 €		80% BR – SS + 61 € 40% BR théorique + 61 €
Transport cures thermales (8) pris en charge non pris en charge (9)	100% BR – SS Renvoi 9		100% BR – SS Renvoi 9
Allocation naissance / adoption	100 €	-	100 €
Amniocentèse non prise en charge par la SS	175 €	-	175 €
Vaccins prescrits non pris en charge par la SS (forfait annuel)	Tous : 40 €	-	Tous : 40 €
Pilule 3ème génération (forfait annuel)	30 €	-	30 €
Traitements anti-tabac pris en charge par la SS (forfait annuel)	50 €	-	50 €
Ostéopathie, chiropraxie (10)	30 € / séance (max 4 / an)	10 € / séance (max 4 / an)	40 € / séance (max 4 / an)
Diététique-nutrition (10)	30 € / séance (max 4 / an)	10 € / séance (max 4 / an)	40 € / séance (max 4 / an)

Tous les forfaits annuels sont gérés par année civile.

- (1) Hors parcours de soins : la majoration du ticket modérateur et les dépassements ne sont pas pris en charge
- (2) Tous les actes effectués par des professionnels de santé non conventionnés sont remboursés au tarif d'autorité (TA) sans prise en charge des dépassements d'honoraires
- (3) A raison de 3 par an et jusqu'à 6 si engagement de ne pas demander de remboursement l'année suivante
- (4) Cette prestation ne sera remboursée que si un implant au moins est effectivement réalisé. Les factures doivent être adressées simultanément. En cas de renoncement à la pose d'implant pour raisons médicales, fournir une attestation du professionnel de santé.
- (5) Adulte : garantie renouvelable tous les deux ans ou sous condition de changement de vue
- (6) Enfant : moins de 18 ans. Garantie renouvelable tous les deux ans ou sous condition de changement de vue

- (7) Sans limitation de durée
- (8) Cure thermique interrompue : les frais engagés ne font l'objet d'aucun remboursement lorsque la cure n'est pas prise en charge par les régimes obligatoires
- (9) Calcul kilométrique entre le domicile et le lieu de la cure (base SNCF 2^{ème} classe) sur justificatifs
- (10) Sur présentation d'une facture établie par un praticien diplômé
- (11) Plafonnements de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins en application du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et de la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015

EQUIPEMENTS OPTIQUE ADULTE – PLAFONDS DE REMBOURSEMENT (dont monture maximum 150,00 €)

Œil droit		Verre blanc simple foyer,								Verre blanc multifocal ou progressif,			
Œil gauche		sphère de -6,00 à +6,00	sphère de -6,25 à -10,00	sphère de +6,25 à +10,00	sphère hors zone de -10,00 à +10,00	cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	sphère de -4,00 à +4,00	sphère hors zone de -4,00 à +4,00	sphère de -8,00 à +8,00	sphère hors zone de -8,00 à +8,00
Verre blanc simple foyer,	sphère de -6,00 à +6,00	269,08 €	320,78 €	320,78 €	415,28 €	304,70 €	387,90 €	372,04 €	455,24 €	407,18 €	501,68 €	489,53 €	660,00 €
	sphère de -6,25 à -10,00	320,78 €	372,48 €	372,48 €	466,98 €	356,40 €	439,60 €	423,74 €	506,94 €	458,88 €	553,38 €	541,23 €	800,00 €
	sphère de +6,25 à +10,00	320,78 €	372,48 €	372,48 €	466,98 €	356,40 €	439,60 €	423,74 €	506,94 €	458,88 €	553,38 €	541,23 €	800,00 €
	sphère hors zone de -10,00 à +10,00	415,28 €	466,98 €	466,98 €	561,48 €	450,90 €	534,10 €	518,24 €	601,44 €	553,38 €	647,88 €	635,73 €	800,00 €
	cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	304,70 €	356,40 €	356,40 €	450,90 €	340,32 €	423,52 €	407,66 €	490,86 €	442,80 €	537,30 €	525,15 €	660,00 €
	cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	387,90 €	439,60 €	439,60 €	534,10 €	423,52 €	506,72 €	490,86 €	574,06 €	526,00 €	620,50 €	608,35 €	800,00 €
	cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	372,04 €	423,74 €	423,74 €	518,24 €	407,66 €	490,86 €	475,00 €	558,20 €	510,14 €	604,64 €	592,49 €	800,00 €
	cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	455,24 €	506,94 €	506,94 €	601,44 €	490,86 €	574,06 €	558,20 €	641,40 €	593,34 €	687,84 €	675,69 €	800,00 €
Verre blanc multifocal ou progressif,	sphère de -4,00 à +4,00	407,18 €	458,88 €	458,88 €	553,38 €	442,80 €	526,00 €	510,14 €	593,34 €	545,28 €	639,78 €	627,63 €	800,00 €
	sphère hors zone de -4,00 à +4,00	501,68 €	553,38 €	553,38 €	647,88 €	537,30 €	620,50 €	604,64 €	687,84 €	639,78 €	734,28 €	722,13 €	850,00 €
	sphère de -8,00 à +8,00	489,53 €	541,23 €	541,23 €	635,73 €	525,15 €	608,35 €	592,49 €	675,69 €	627,63 €	722,13 €	709,98 €	800,00 €
	sphère hors zone de -8,00 à +8,00	660,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	660,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	850,00 €	800,00 €	850,00 €

EQUIPEMENTS OPTIQUE ENFANT – PLAFONDS DE REMBOURSEMENT (dont monture maximum 150,00 €)

Œil droit Œil gauche		Verre blanc simple foyer,								Verre blanc multifocal ou progressif,			
		sphère de - 6,00 à +6,00	sphère de - 6,25 à -10,00	sphère de +6,25 à +10,00	sphère hors zone de - 10,00 à +10,00	cylindre < ou = à +4,00, sphère de - 6,00 à +6,00	cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de - 6,00 à +6,00	cylindre > à +4,00, sphère de - 6,00 à +6,00	cylindre > à +4,00, sphère hors zone de - 6,00 à +6,00	sphère de - 4,00 à +4,00	sphère hors zone de - 4,00 à +4,00	sphère de - 8,00 à +8,00	sphère hors zone de - 8,00 à +8,00
Verre blanc simple foyer,	sphère de -6,00 à +6,00	294,48 €	435,68 €	435,68 €	582,00 €	311,88 €	439,92 €	389,64 €	501,24 €	535,68 €	568,64 €	571,04 €	660,00 €
	sphère de -6,25 à - 10,00	435,68 €	576,88 €	576,88 €	723,20 €	453,08 €	581,12 €	530,84 €	642,44 €	676,88 €	709,84 €	712,24 €	800,00 €
	sphère de +6,25 à +10,00	435,68 €	576,88 €	576,88 €	723,20 €	453,08 €	581,12 €	530,84 €	642,44 €	676,88 €	709,84 €	712,24 €	800,00 €
	sphère hors zone de - 10,00 à +10,00	582,00 €	723,20 €	723,20 €	750,00 €	599,40 €	727,44 €	677,16 €	750,00 €	750,00 €	800,00 €	750,00 €	800,00 €
	cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	311,88 €	453,08 €	453,08 €	599,40 €	329,28 €	457,32 €	407,04 €	518,64 €	553,08 €	586,04 €	588,44 €	660,00 €
	cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de - 6,00 à +6,00	439,92 €	581,12 €	581,12 €	727,44 €	457,32 €	585,36 €	535,08 €	646,68 €	681,12 €	714,08 €	716,48 €	800,00 €
	cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	389,64 €	530,84 €	530,84 €	677,16 €	407,04 €	535,08 €	484,80 €	596,40 €	630,84 €	663,80 €	666,20 €	800,00 €
	cylindre > à +4,00, sphère hors zone de - 6,00 à +6,00	501,24 €	642,44 €	642,44 €	750,00 €	518,64 €	646,68 €	596,40 €	708,00 €	742,44 €	775,40 €	750,00 €	800,00 €
Verre blanc multifocal ou progressif,	sphère de -4,00 à +4,00	535,68 €	676,88 €	676,88 €	750,00 €	553,08 €	681,12 €	630,84 €	742,44 €	776,88 €	800,00 €	750,00 €	800,00 €
	sphère hors zone de - 4,00 à +4,00	568,64 €	709,84 €	709,84 €	800,00 €	586,04 €	714,08 €	663,80 €	775,40 €	800,00 €	842,80 €	800,00 €	850,00 €
	sphère de -8,00 à +8,00	571,04 €	712,24 €	712,24 €	750,00 €	588,44 €	716,48 €	666,20 €	750,00 €	750,00 €	800,00 €	750,00 €	800,00 €
	sphère hors zone de - 8,00 à +8,00	660,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	660,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	850,00 €	800,00 €	850,00 €

ESTIMATIONS DES COTISATIONS SANTE POUR 2015
APPLICABLES AUX ADHERENTS
AU REGIME DE BASE
EN € PAR MOIS

ACTIFS

	Cotisation mensuelle brute en % du revenu brut fiscal annuel 2015	Minimum	Maximum	Cotisation mensuelle, après subvention de la Banque, en % du revenu brut fiscal annuel 2015	Minimum	Maximum
Actifs adhérents à titre obligatoire	0,111	29,98	48,73	0,028	7,49	12,18
Actifs adhérents relevant du régime local d'Alsace Moselle	0,067	17,99	29,24	0,017	4,50	7,31

RETRAITES

	Retraités adhérents				Retraités adhérents relevant du régime local d'Alsace Moselle	
	Indice Min	Indice Max (exclu)	Cotisation mensuelle brute	Cotisation mensuelle après subvention de la Banque	Cotisation mensuelle brute	Cotisation mensuelle après subvention de la Banque
Tranche 1		309	48,20	31,33	28,92	18,80
Tranche 2	309	426	55,67	36,19	33,40	21,71
Tranche 3	426	609	67,62	43,96	40,57	26,38
Tranche 4	609	955	72,10	46,87	43,26	28,12
Tranche 5	955		78,08	50,76	46,85	30,46

AUTRES ADHERENTS A TITRE FACULTATIF

	Cotisation mensuelle brute	Cotisation mensuelle après subvention de la Banque
Actifs en suspension de traitement	42,82	10,71
Ayants droit d'actifs		
Conjoint	39,87	19,94
Par enfant (plafonnement à trois enfants)	16,02	8,01
Ascendant à charge	64,93	32,47
Enfant adulte handicapé de + de 28 ans	16,02	8,01
Ayants droit de retraités		
Conjoint	64,93	42,21
Par enfant (plafonnement à trois enfants)	16,58	10,78
Ascendant à charge	64,93	42,21
Enfant adulte handicapé de + de 28 ans	16,58	10,78
Adhérents au régime local d'Alsace Moselle		
Actifs en suspension de traitement	25,69	6,43
Ayants droit d'actifs		
Conjoint	23,92	11,96
Par enfant (plafonnement à trois enfants)	9,61	4,81
Ascendant à charge	38,96	19,48
Enfant adulte handicapé de + de 28 ans	9,61	4,81
Ayants droit de retraités		
Conjoint	38,95	25,33
Par enfant (plafonnement à trois enfants)	9,95	6,47
Ascendant à charge	38,95	25,33
Enfant adulte handicapé de + de 28 ans	9,95	6,47

Pour mémoire : ces cotisations santé et les contributions de l'employeur à leur financement font l'objet du traitement fiscal et social conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2009

Pour le Syndicat C.F.D.T.
de la Banque de France

Jean MAUJEUL

Le Gouverneur
de la Banque de France

Christian NOYER

Pour le Syndicat National du Personnel des
Cadres et de la Maîtrise de la Banque de France
(C.F.E.-C.G.C.)

Jacques DURAND

Pour le Syndicat du personnel et des employés
des œuvres sociales diverses de la Banque de
France (C.F.T.C.)

Marylène FUMERON

Pour le Syndicat C.G.T.
de la Banque de France

Denis DURAND

Pour le Syndicat Force Ouvrière
de la Banque de France (F.O.)

Bruno HIRT

Pour le Syndicat des Indépendants et Chrétiens de
la Banque de France (S.I.C.)

Patrick DELFOUR

Pour le Syndicat National Autonome du personnel
de la Banque de France Solidaires (S.N.A.B.F.)

Michel FELCE