

**Accord professionnel**  
**AGENCES DE VOYAGES ET DE TOURISME**

ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2015  
RELATIF AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ  
DANS LA BRANCHE DES AGENCES DE VOYAGES ET DE TOURISME

NOR : ASET1551007M

Entre :

Le SNAV,

D'une part, et

La CFDT ;

La CFTC ;

Le SNEPAT FO,

D'autre part,

Après avoir rappelé que :

Aux termes de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, les partenaires sociaux ont souhaité que soit généralisée à tous les salariés une couverture d'assurance de remboursement complémentaire de frais de santé. L'accord national interprofessionnel précité invitait les branches professionnelles à ouvrir des négociations pour conclure des accords permettant de réaliser cet objectif.

Les parties au présent accord se sont donc réunies pour étudier les modalités de mise en œuvre d'un tel régime en prenant en compte les spécificités du secteur d'activité, notamment au regard du recours à des emplois de courte durée ou de la présence significative de salariés employés par plusieurs entreprises.

Les parties ont pris en compte la transcription de l'accord national interprofessionnel précité dans le code de la sécurité sociale par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 n° 2013-504.

Conscientes de la nécessité de bénéficier d'un régime mutualisé, les parties considèrent qu'un tel dispositif doit être mis en œuvre au travers d'une mutualisation des risques au moyen d'une couverture d'assurance qui réponde à une exigence de solidarité professionnelle.

Le présent régime s'applique tout autant pour les salariés relevant des conventions collectives nationales du personnel des agences de voyages et de tourisme (IDCC n° 1710), des guides accompagnateurs et accompagnateurs au service des agences de voyages et de tourisme (IDCC n° 412) et des guides interprètes de la région parisienne (IDCC n° 349).

Pour mettre en œuvre les principes précités, les partenaires sociaux ont conduit une procédure de mise en concurrence conforme à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et à ses décrets d'application, afin de recommander un organisme assureur dans la branche.

Plus largement, l'objectif de ces travaux a été :

- de mettre en place un régime en conformité avec les nouvelles règles d'exonération de cotisations de sécurité sociale et de déductibilité fiscale issues, notamment, du décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 modifiant le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 ;
- de doter l'ensemble des salariés de la branche d'un régime de remboursement de frais de santé conforme au panier de soins minimal dont le contenu est précisé aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- de définir les modalités de couverture du régime pour les guides accompagnateurs et accompagnateurs, guides conférenciers et guides interprètes nationaux, temporaires ou auxiliaires (ci-après dénommés les « guides et accompagnateurs »), dans l'attente de la publication du décret d'application du dernier alinéa de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités spécifiques de financement du panier de soins en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Objet*

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

## **Article 2**

### *Champ d'application*

#### 2.1. Professionnel

Les dispositions du présent accord concernent :

- les agences de voyages et les entreprises de tourisme, qui se livrent ou apportent leur concours aux opérations consistant en l'organisation, la production ou la vente des activités visées aux articles L. 211-1 et L. 211-2 du code du tourisme et qui sont titulaires d'une immatriculation au registre des opérateurs de voyages et de séjours, principalement référencés par la nouvelle nomenclature des activités économiques sous les codes :
  - 79.11Z Agences de voyages ;
  - 79.12Z Voyagistes ;
- les agences de voyages et les entreprises de tourisme définies ci-dessus employant des personnes exerçant de façon suivie, comme activité principale, les professions de guide accompagnateur et d'accompagnateur, les professions de guide conférencier et de guide interprète nationaux, temporaires ou auxiliaires.

#### 2.2. Territorial

Le présent accord s'applique, sur l'ensemble du territoire national comprenant les départements et régions d'outre-mer, aux contrats de travail régis par le droit du travail français.

## **Article 3**

### *Adhésion des salariés*

#### 3.1. Salariés bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail au sein d'une entreprise définie à l'article 2, sans condition d'ancienneté.

### 3.2. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au présent régime des salariés visés à l'article 3.1 est obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

### 3.3. Faculté de dispense d'adhésion

Quelle que soit leur date d'embauche, ont la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 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 ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises, à condition de le justifier chaque année.

Ces salariés devront solliciter par écrit, auprès de la personne compétente dans leur entreprise, leur dispense d'adhésion au présent régime de remboursement de frais de santé et produire l'éventuel justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les 10 jours calendaires suivant la date de mise en place du présent régime dans leur entreprise ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier leur situation.

Les entreprises peuvent toutefois déroger à l'instauration des facultés de dispense précitées en sélectionnant celles qu'elles jugent pertinentes et en le formalisant conformément à l'un des actes prévus à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

### 3.4. Cas des guides et accompagnateurs visés en préambule et dont l'employeur adhère à l'organisme assureur recommandé

Compte tenu de la particularité de l'activité des guides et accompagnateurs, dont les contrats de travail sont de très courte durée (pouvant être de quelques heures ou jours sur le mois) et qui sont le plus souvent embauchés par plusieurs employeurs différents, des modalités spécifiques de durée et de financement sont mises en œuvre.

Cette spécificité permettra de garantir la meilleure péréquation des risques et de leur éviter une interruption de couverture entre leurs interventions professionnelles.

Lorsque la durée prévue du contrat de travail d'un de ces salariés est inférieure à 12 mois, l'adhésion au contrat de remboursement santé est maintenue, par principe, jusqu'au terme des 12 mois précités.

Le maintien de cette adhésion s'entend sans préjudice des dispositions applicables en matière de portabilité telles que régies par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le financement de ces salariés est précisé à l'article 5.3.

### 3.5. Salarié dont le contrat de travail est suspendu

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

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

3.5.2. Les salariés ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien total ou partiel de salaire (notamment congé sans solde, congé parental...).

Toutefois, les entreprises pourront prévoir, si elles le souhaitent, un maintien possible du régime y compris dans cette situation selon des conditions qu'elles détermineront.

### 3.6. Portabilité des garanties

Les salariés bénéficiaires du présent régime, ainsi que leurs ayants droit, auront droit au maintien des garanties en vigueur dans leur entreprise en cas de fin ou de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

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

### 3.7. Maintien de la couverture (art. 4 de la loi Evin)

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

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

## **Article 4**

### *Garanties*

#### 4.1. Volet obligatoire

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » tels que régis par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le montant de la cotisation seront modifiés par avenant au présent accord entre la commission nationale paritaire des affaires sociales et l'assureur recommandé.

Les entreprises non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront respecter au moins les mêmes niveaux de garanties que le régime de base.

En tout état de cause, les entreprises soumises au présent accord devront permettre l'accès à une couverture :

- d'une part, des salariés « isolés » à adhésion obligatoire ;
- d'autre part, de leurs ayants droit (définis aux articles 5.1.1 et 5.1.2 du présent accord) aux conditions d'adhésion en vigueur dans l'entreprise.

#### 4.2. Volet facultatif

Les entreprises ont la possibilité de proposer à leurs salariés d'adhérer, à titre facultatif, à l'option prévue dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé.

Cette option constitue donc une offre assurantielle qui ne résulte pas du présent régime, tel que formalisé par le présent accord, régi par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau de cette option est joint en annexe II, à titre purement informatif.

## **Article 5**

### *Cotisations*

#### 5.1. Structure de la cotisation

5.1.1. Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé » pour le volet obligatoire défini à l'article 4.1.

Dans les entreprises ayant instauré une option prévue par l'article 4.2 du présent accord, les salariés choisissant d'y adhérer acquittent la cotisation « salarié isolé ».

5.1.2. En parallèle, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (conjoint et/ou enfant[s]) pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime (volet obligatoire et, le cas échéant, volet facultatif).

5.1.3. Par conjoint, il faut entendre :

- le conjoint marié au sens des articles 143 et suivants du code civil ;
- le partenaire de pacte civil de solidarité au sens des articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil.

## 5.2. Montant et répartition des cotisations

### 5.2.1. Volet obligatoire

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

La cotisation facultative des ayants droit est financée à 100 % par le salarié.

Les cotisations globales ci-dessus définies sont fixées dans les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé.

Cotisation « salarié seul » :

a) Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale : 35,26 € ;

b) Salarié affilié au régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle : 22,92 €.

Cotisation « salarié avec ayant(s) droit » :

a) Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale : 94,31 € ;

b) Salarié affilié au régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle : 61,30 €.

Pour les salariés adhérents au régime avec leur(s) ayant(s) droit, l'employeur prend en charge le même montant en euros que celui qu'il supporte pour un salarié seul.

Ces niveaux de cotisation négociés avec l'organisme assureur recommandé sont mentionnés à titre indicatif. Ils ne s'imposent donc pas aux entreprises ayant recours à un autre organisme assureur que celui recommandé.

### 5.2.2. Volet facultatif

Dans les entreprises ayant instauré l'option prévue par l'article 4.2 du présent accord, les cotisations supplémentaires au volet obligatoire du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit sont financées à 100 % par le salarié.

Les cotisations facultatives ci-dessus définies sont fixées dans les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé :

*(En euros.)*

	COTISATIONS SALARIALES SUPPLÉMENTAIRES FACULTATIVES	
	Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale	Salariés relevant du régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle
Salarié seul	+ 22,63	+ 14,71
Salarié avec ayant(s) droit au sens des articles 5.1.2 et 5.1.3	+ 54,22	+ 35,25

Ces niveaux de cotisation négociés avec l'organisme assureur recommandé sont mentionnés à titre indicatif. Ils ne s'imposent donc pas aux entreprises ayant recours à un autre organisme assureur que celui recommandé.

## 5.3. Modalité de financement de la couverture des guides et accompagnateurs visés en préambule

### 5.3.1. Côté salarié

Dès lors qu'ils adhèrent à l'organisme assureur recommandé par le présent régime de branche proposé par l'un de leurs employeurs, ces salariés acquittent mensuellement et en totalité la cotisation globale finançant le régime (équivalent à la somme de la part salariale et de la part patronale, telles qu'indiquées à l'article 5.2.1), directement auprès de l'organisme assureur recommandé et cela pendant toute la durée de leur adhésion, soit en principe jusqu'au terme des 12 mois tels que prévus à l'article 3.4 du présent accord.

Dans les cas où ces salariés ayant adhéré à l'organisme assureur recommandé effectuent leur mission chez un employeur qui n'a pas adhéré au régime de branche auprès de l'organisme recommandé, ils restent libres de leur adhésion auprès de cet employeur.

### 5.3.2. Côté employeur

Les entreprises, ayant adhéré ou non au régime de branche, rembourseront la quote-part minimale de contribution patronale mensuelle prévue par l'article 5.2.1 du présent accord, à l'issue de chaque mois, sur leur bulletin de paie, à concurrence de 1/20 par jour de travail.

Toute journée de travail au titre de laquelle ces salariés effectuent une mission, quel qu'en soit le nombre d'heures, est reconnue comme une journée pleine.

## Article 6

### *Clause de recommandation*

#### 6.1. Degré élevé de solidarité

6.1.1. L'organisme assureur recommandé met en œuvre, dans le cadre du contrat garantissant les risques assurantiels tels que définis à l'article 4 du présent accord, au moins l'une des prestations à caractère non directement contributif définies par la commission nationale paritaire des affaires sociales.

La liste de ces prestations est jointe en annexe II du présent accord.

6.1.2. Le financement de ces prestations est assuré par l'affectation de 2 % de la cotisation globale versée par les entreprises.

6.1.3. Les entreprises doivent mettre en œuvre ces prestations même si elles n'adhèrent pas au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé.

Dans ce cas, le financement des prestations du degré élevé de solidarité prévu à l'article 6.1.2 est affecté à l'organisme assureur qui couvre, dans leur entreprise, les risques assurantiels de remboursement « frais médicaux » tels que définis dans le décret d'application n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

#### 6.2. Organisme assureur recommandé

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander un organisme assureur aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties de frais de santé prévues par ledit accord, au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux articles L. 912-1 et D. 912-1 à D. 912-13 du code de la sécurité sociale.

L'organisme assureur est le suivant :

AG2R Prévoyance, membre d'AG2R La Mondiale, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et disposant du double agrément du ministère du travail et du ministère de l'agriculture (numéro d'agrément ministère 942).

Siège social : 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14.

SIREN : 502 858 418 et SIRET (siège) 502 858 418 0010.

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

## Article 7

### *Suivi du régime de complémentaire santé*

Le présent régime est administré par la commission nationale paritaire des affaires sociales.



L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin suivant la date de clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime seront précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative en concertation avec la commission nationale paritaire des affaires sociales.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou les cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission nationale paritaire des affaires sociales.

### **Article 8**

*Effet. – Durée. – Révision. – Dénonciation*

Le présent accord prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé et dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 21 septembre 2015.

(Suivent les signatures.)



## ANNEXE I

### TABLEAU DES GARANTIES AG2R AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016

Prestations complémentaire à la Sécurité sociale	REGIME DE BASE			OPTION à adhésion facultative (y compris BASE)		
	Niveau	Base	Limite	Niveau	Base	Limite
<b>HOSPITALISATION</b>						
Hospitalisation médicale-Etablissements conventionnés	200%	BR		100%	FR-SS	
Hospitalisation médicale-Etablissements non conventionnés	100%	TM		80%	FR-SS	
Hospitalisation chirurgicale-Etablissements conventionnés	200%	BR		100%	FR-SS	400% BR
Hospitalisation chirurgicale-Etablissements non conventionnés	100%	TM		80%	FR-SS	400% BR
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie / CAS	200%	BR		400%	BR	
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie / hors CAS	130%	BR		130%	BR	
Forfait journalier-Etablissements conventionnés	100%	FR-Ss		100%	FR-Ss	
Forfait journalier-Etablissements non conventionnés	100%	FR-Ss		80%	FR-Ss	
Chambre particulière (y compris maternité)	1%	PMSS	par nuit	3%	PMSS	par nuit
Lit accompagnant enfant hospitalisé	1%	PMSS	par nuit	3%	PMSS	par nuit
Transport accepté	100%	TM		100%	TM	
<b>MEDECINE COURANTE</b>						
Consultations Visites généralistes / CAS	50%	BR		200%	BR	
Consultations Visites généralistes / hors CAS	100%	TM		130%	BR	
Consultations Visites spécialistes / CAS	100%	BR		200%	BR	
Consultations Visites spécialistes / hors CAS	80%	BR		130%	BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux / CAS	50%	BR		200%	BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux / hors CAS	100%	TM		130%	BR	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie	50%	BR		200%	BR	
Analyse laboratoires	50%	BR		200%	BR	
Auxiliaires médicaux	50%	BR		200%	BR	
<b>PROTHESES MEDICALES</b>						
Prothèses auditives	130%	BR		300%	BR	
Autres prothèses	65%	BR		200%	BR	
<b>PHARMACIE</b>						
Pharmacie	100%	TM		100%	TM	
<b>OPTIQUE</b>						
<b>UNE PAIRE DE LUNETTES PAR BENEFICIAIRE TOUS LES 2 ANS ( SAUF CHANGEMENT DE DIOPTRIE) TOUS LES ANS POUR LES MINEURS</b>						
Monture	100	EURO		150	EURO	
Verre unifocal -adulte	60	EURO	par verre	100	EURO	par verre
Verre multifocal - adulte	100	EURO	par verre	200	EURO	par verre
Verre unifocal - enfant - de 18 ans	50	EURO	par verre	80	EURO	par verre
Verre multifocal - enfant - de 18 ans	80	EURO	par verre	150	EURO	par verre
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100	EURO	par an / bénéficiaire	200	EURO	par an / bénéficiaire
Lentilles refusées par la Sécurité sociale						
<b>DENTAIRE</b>						
Soins dentaires	100%	TM		200%	BR	
Orthodontie remboursée	125%	BR		200%	BR	
Prothèses figurant dans la nomenclature	125%	BR		300%	BR	
<b>AUTRES GARANTIES</b>						
Garantie Assistance	OUI			OUI		
Prévention : 1 détartrage annuel + vaccins pris en charge par la Ss et inscrits au calendrier vaccinal	OUI			OUI		

CAS (contrat d'accès aux soins) : contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins libéraux du secteur 2 visant à encadrer les dépassements d'honoraires.

BR (base de remboursement) : c'est le tarif à partir duquel est calculé le remboursement du régime de la sécurité sociale.

TM (ticket modérateur) : c'est la différence entre la base de remboursement (BR) et le remboursement effectué par le régime obligatoire de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

SS : remboursement sécurité sociale.

PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale) : il est de 3 170 € en 2015. Ce montant évolue au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## ANNEXE II

### LISTE DES PRESTATIONS À CARACTÈRE NON DIRECTEMENT CONTRIBUTIF DÉFINIES PAR LA COMMISSION NATIONALE PARITAIRE DES AFFAIRES SOCIALES

---

Pourra être prise en charge la cotisation du régime remboursement de frais de santé des salariés suivants :

- les bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code ;
- les apprentis.