



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

Document consultable dans Médi@m

CIRCULAIRE

CIR-112/2002

Date :

12/08/2002

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Mise en œuvre de l'avenant à la
COG - Dispositif d'aide à
l'acquisition de contrats de
couverture complémentaire

Liens :

Plan de classement :

25

Emetteurs :

DDRI DAR AC

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☐ CRAM

☐ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux

☐ Chef de service

☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

Circulaire d'application de l'avenant n° 2 à la Convention
d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat et la CNAMTS relatif à la
mise en place d'un dispositif d'aide à l'acquisition de contrats de
couverture complémentaire pour les personnes dont les
ressources se situent légèrement au dessus du seuil de la
Couverture Maladie Universelle.

Mots clés :

CMU, COG

Le Directeur
Daniel LENOIR

pt L'Agent Comptable

Joël DESSAINT



l'Assurance Maladie

des salariés-sécurité sociale

caisse nationale

CIRCULAIRE : 112/2002

Date : 12/08/2002

Objet : Mise en œuvre de l'avenant à la COG - Dispositif d'aide à l'acquisition de contrats de couverture complémentaire

Affaire suivie par : Mme Bernadette MOREAU (DDRI) ☎ 01 42 79 34 36
☎ 01 42 79 35 44
Mme Régine CONSTANT (DAR) ☎ 01 42 79 32 92
☎ 01 43 21 48 24
M. Michaël TCHILINGUIRIAN (AC) ☎ 01 42 79 35 75
☎ 01 43 20 33 66

Madame, Monsieur le Directeur,
Madame, Monsieur l'Agent Comptable,

Au cours de sa réunion du 15 février 2002, le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale a décidé de donner mandat à son Président pour signer, en accord avec les pouvoirs publics, un avenant n° 2 à la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS, relatif à la mise en place d'un dispositif d'aide à l'acquisition de contrats de couverture complémentaire pour les personnes dont les ressources se situent légèrement au dessus du seuil de la CMU.

L'avenant à la COG, signé le 7 mars 2002, définit les caractéristiques de ce nouveau dispositif dont l'objectif est de favoriser l'acquisition de contrats de couverture complémentaire par les personnes à faibles revenus, au moyen d'une contribution au financement de leur cotisation. Cette participation est financée par les CPAM et les CGSS sur leurs crédits d'action sanitaire et sociale, réservés à cet effet.

La mise en œuvre de ce dispositif est confiée aux CPAM et CGSS.

I - CARACTERISTIQUES DU DISPOSITIF

1. BENEFICIAIRES DU DISPOSITIF

Ce dispositif vise les personnes ou foyers dont la demande de CMU Complémentaire (première demande ou demande de renouvellement) est refusée pour des raisons de critère de ressources et lorsque ces dernières n'excèdent pas de plus de 10% le plafond en vigueur au moment de l'instruction de leur dossier. Il s'adresse également aux personnes qui n'ont jamais demandé la CMU, dont les conditions de ressources seront examinées selon les mêmes critères. Les bénéficiaires des contrats de sortie à tarif préférentiel, prévus à l'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, d'une durée d'un an sont de plein droit éligibles à l'aide, sous réserve du montant de leurs ressources.

Seules les personnes déjà bénéficiaires d'un contrat de couverture complémentaire collectif obligatoire sont exclues du bénéfice de cette aide.

2. DUREE DE L'AIDE

L'aide vaut pour un an et pourra être reconduite pour une nouvelle année tant que les conditions de ressources seront remplies.

3. PRESTATIONS COUVERTES

Les contrats éligibles à l'aide garantissent un panier de biens identique à celui de la CMUC tel que défini à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier sans limitation de durée, et dépassements de tarifs en matière optique, dentaire, audioprothèses et produits et prestations remboursables dans les limites fixées aux arrêtés de décembre 1999 modifiés.

Les titulaires bénéficient de la dispense d'avance des frais dans les conditions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

4. CONDITIONS APPLICABLES AUX ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

L'ensemble des opérateurs de couverture maladie complémentaire peut proposer les contrats éligibles à l'aide quel que soit leur lieu d'implantation.

Ils s'engagent à renoncer pour ces contrats à :

- subordonner le bénéfice des garanties des contrats à une période probatoire,
- fixer une limite d'âge pour l'adhésion à ces contrats,
- subordonner l'admission et la tarification à un examen ou à un questionnaire médical.

5. CHOIX DU CONTRAT ET FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF

Le choix de l'organisme complémentaire est opéré par l'assuré, sur présentation de la liste des différentes offres recensées par la caisse.

Le bénéficiaire est informé des conditions de versement de l'aide et de l'ensemble de la procédure, notamment, de la nécessité :

- d'effectuer lui-même son adhésion ou la souscription,
- du versement de la part de cotisation qui reste à sa charge,
- de présenter sa carte ou son attestation en cours de validité au professionnel pour bénéficier du tiers payant sur les prestations couvertes.

6. MONTANT DE L'AIDE

6-1 : Variation selon la composition du foyer

Le montant de l'aide varie suivant la composition du foyer, conformément au barème type ci-dessous :

Composition du foyer	Montant de l'aide
Première personne	115 Euros
Deuxième personne âgée de 18 ans ou plus	103,5 Euros
Deuxième personne âgée de moins de 18 ans	57,5 Euros
Par personne supplémentaire	57,5 Euros

6-2 : Modulation selon l'âge (variation optionnelle)

L'aide peut éventuellement varier selon l'âge des bénéficiaires au choix de la caisse, dans les proportions indiquées ci-dessous :

<i>Age</i>	<i>Modulation</i>		
<i>- de 18 ans</i>	<i>-50 %</i>	}	<i>Ecart maximum</i>
<i>De 18 à 39 ans</i>	<i>-20 %</i>		
<i>De 40 à 59 ans</i>	<i>+ 10 %</i>		
<i>60 ans et plus</i>	<i>+ 40 %</i>		

Compte tenu de la dégressivité déjà appliquée en fonction de la composition du foyer, qui prend déjà partiellement en compte l'âge, l'attention des caisses est attirée sur le risque de réduction très sensible de l'aide pour les personnes entre 18 et 39 ans qui en résulterait.

Une majoration en faveur des personnes ou des foyers dont les ressources excèdent de moins de 5 % le plafond de la CMUC est possible, dès lors qu'elle est assortie d'une minoration équivalente pour les personnes ou les foyers dont les ressources excèdent le plafond de la CMUC dans une proportion comprise entre 5 % et 10 %.

L'application de cette disposition est également délicate car source de complexité. Elle pourrait créer des difficultés de compréhension de la part des bénéficiaires dans la mesure où il en résulterait une variation de la part de la cotisation restant à la charge de l'assuré non compensée par une variation du prix du contrat.

Les modalités de détermination du montant de l'aide sont fixées par le Conseil d'Administration des caisses.

7. CONDITIONS DE VERSEMENT DE L'AIDE

La prise en charge partielle de la cotisation est déclenchée après adhésion ou souscription effective du contrat par le bénéficiaire auprès de l'organisme complémentaire. Afin de garantir à l'organisme complémentaire la participation de la caisse, le versement est réalisé directement par celle-ci à l'OC sur présentation d'un justificatif attestant que le bénéficiaire a effectivement payé la part de la cotisation lui revenant. Le justificatif d'adhésion ou de souscription est transmis par l'organisme complémentaire à la caisse.

Un modèle de justificatif est annexé à la présente circulaire (cf. annexe 1).

L'organisme remet au bénéficiaire une carte ou attestation qui indique clairement que le tiers payant intégral peut être pratiqué sur la partie des honoraires et des prix des prestations couverts par la garantie (exemple : AMUT 100%) et que l'adhérent est bénéficiaire du tiers payant coordonné.

Si le paiement de la cotisation est fractionné, l'organisme complémentaire peut délivrer une attestation permettant de bénéficier du tiers payant coordonné pour la période correspondante.

II - MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

1. LES MODALITES DE PARTICIPATION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

A/ Rappel :

L'avenant à la COG définit les conditions d'éligibilité des contrats : pour participer au dispositif, l'organisme complémentaire doit offrir des prestations strictement identiques à celles de la CMU Complémentaire.

Les tarifs des contrats peuvent être modulés selon l'âge de l'assuré et la composition de la famille.

L'attention des responsables des caisses est attirée sur la nécessité de veiller au respect des principes d'équité et de transparence tout au long de la procédure.

B/ Procédure à suivre :

Les caisses diffusent par courrier à tous les organismes complémentaires, installés dans leur circonscription (siège social ou point d'accueil) le cahier des charges joint en annexe. Tous les autres organismes complémentaires, peuvent demander la communication du cahier des charges établi par la caisse. L'information pourra se faire par tous moyens utiles : publication sur le site Internet de la caisse ou de la DDASS par exemple.

Ce document précisera :

- le montant de l'aide que la caisse financera, modulable selon la composition du foyer et éventuellement de l'âge du bénéficiaire, conformément à l'avenant à la COG ; si des modulations en fonction des revenus du bénéficiaire sont retenues, elles doivent être annoncées ;
- la possibilité pour l'organisme complémentaire de formuler une offre unique de prix moyen, ou une modulation des tarifs selon l'âge des bénéficiaires.

Ce cahier des charges doit être adressé aux organismes complémentaires dans les plus brefs délais possibles.

La CPAM ou la CGSS peut organiser une réunion d'information ouverte à tous les organismes complémentaires qui le souhaitent.

2. RECEPTION DES OFFRES DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Les organismes complémentaires sollicités font connaître, par courrier, auprès de la CPAM ou de la CGSS, leur proposition de s'inscrire dans le cadre de ces modalités ainsi que les conditions tarifaires qu'ils proposent.

Les services administratifs de la caisse établissent la liste des organismes complémentaires dont les engagements sont conformes au cahier des charges. Les résultats de la procédure sont présentés au Conseil d'Administration

La liste des organismes complémentaires participant au dispositif peut alors être arrêtée sous réserve de la signature de la convention avec chacun de ces organismes. Dans toute la mesure du possible, chaque convention sera signée dans le délai d'un mois après l'avis du Conseil d'Administration.

Cette liste est définitive. Elle est valable jusqu'à décembre 2003, date de fin de la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS.

Les organismes complémentaires inscrits s'engagent à ne pas modifier les tarifs des contrats proposés pendant cette durée.

Les organismes complémentaires n'ayant pas répondu dans les délais fixés par la caisse ou n'ayant pas signé la convention ne peuvent prétendre participer au dispositif avant l'expiration de ce délai.

Une nouvelle procédure pourra être organisée, selon les mêmes modalités, à la fin de l'année 2003.

Une nouvelle liste, valable un an, pourra être arrêtée pour le 1^{er} janvier 2004.

3. PUBLICATION DES OFFRES

La caisse assure une large diffusion auprès des bénéficiaires potentiels du dispositif d'aide à la mutualisation de la liste des organismes complémentaires auprès desquels ils peuvent adhérer ou souscrire un contrat de protection complémentaire. Pour ce faire, les caisses mettent à disposition des personnes concernées, dans les centres de sécurité sociale, une fiche d'information réalisée par chaque organisme complémentaire.

Pour qu'il puisse effectuer son choix, cette fiche d'information, remise au bénéficiaire, comporte (cf. annexe 2 : modèle proposé) :

- les éléments d'identification de l'organisme,
- les prestations servies,
- la tarification proposée par l'organisme, selon l'âge du bénéficiaire et la composition du foyer.

4. CONVENTION ENTRE LA CPAM/CGSS ET LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES RETENUS

Une convention conforme au cahier des charges est alors signée entre la caisse et l'organisme complémentaire pour convenir des dispositions pratiques de mise en œuvre notamment obligations réciproques des parties, échanges d'information - tout organisme complémentaire souhaitant participer au dispositif d'aide à la mutualisation doit maîtriser le système des flux NOEMIE - et supports d'échanges de ces informations, modalités de paiement de la cotisation, relations avec les bénéficiaires et les professionnels de santé (auxquels les tarifs de prise en charge ne sont pas opposables).

En outre, l'organisme complémentaire s'engage à utiliser systématiquement le mode de paiement par prélèvement sur le compte bancaire désigné par chaque organisme complémentaire.

Le dispositif de tiers payant coordonné pour l'aide à la mutualisation, avec prélèvement sur le compte de l'organisme complémentaire, est en cours de développement par les services informatiques de la CNAMTS. Sa diffusion est prévue fin 2002.

Lorsqu'il existe plusieurs caisses dans un seul département, la signature d'une convention départementale entre les CPAM et un organisme complémentaire est possible, sur accord des conseils d'administration des CPAM.

Toute convention signée en 2002 ou en 2003 sera valable jusqu'au 31 décembre 2003.

A partir du 1^{er} janvier 2004, cette convention est valable pour un an et renouvelable par tacite reconduction. Sa dénonciation à l'initiative d'une des parties doit intervenir deux mois avant la date d'échéance.

5. RECHERCHE D'AUTRES FINANCEURS

Les caisses sont invitées à rechercher le concours financier d'autres partenaires au niveau local ou départemental.

Un cofinancement peut permettre, conformément à l'avenant à la COG :

- ↳ de majorer le montant de l'aide en fonction de la contribution du nouveau financeur afin de diminuer le reste à charge de l'assuré.
La convention devient alors tripartite et prévoit les conditions du cofinancement de l'aide et le rôle de chacun des acteurs.
- ↳ d'augmenter la cible de la population retenue, le partenaire finançant seul les aides accordées à des personnes extérieures à la cible définie dans l'avenant.
Dans ce cas, un protocole d'accord caisse/autres financeurs détermine les conditions de transfert des informations entre ces deux acteurs.

6. MISE EN CONFORMITE DES DISPOSITIFS EXISTANTS

Dans près de la moitié des caisses, un dispositif d'aide à l'acquisition de contrats existe déjà. Les caisses sont invitées à faire converger progressivement leur dispositif local vers le dispositif prévu par l'avenant à la COG.

Lorsqu'une convention locale a déjà été passée entre une caisse et un ou plusieurs organisme(s) complémentaire(s), sa mise en conformité avec le dispositif national interviendra avant le terme de cette convention si les signataires la dénoncent conjointement lorsque les conditions existantes sont moins favorables aux bénéficiaires.

En revanche, la mise en conformité pourra être réalisée à la fin de la période couverte par la convention locale lorsque les dispositifs existants sont plus favorables aux bénéficiaires.

Une étude juridique préalable des contrats déjà conclus avec les organismes complémentaires est indispensable pour vérifier les conditions de résiliation prévues et l'existence d'éventuelles clauses d'exclusivité.

7. AIDES FINANCIERES INDIVIDUELLES

1. Dans l'attente de sa mise en œuvre ou de la convergence des dispositifs existants par rapport au nouveau cadre national, les personnes visées par le dispositif peuvent bénéficier d'aides financières individuelles versées dans le cadre de l'enveloppe de crédits, individualisée au sein de la dotation paramétrique du budget d'action sanitaire et sociale, affectée à la prise en compte des situations en marge de la CMU Complémentaire.

Ces aides financières peuvent revêtir soit :

- ↳ la forme d'aides ponctuelles au paiement de cotisations ou primes de contrats d'assurance complémentaire, dans la limite des barèmes et dispositions prévues par l'avenant n° 2 à la COG.
 - ↳ la forme des prestations classiques destinées à favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux, dans la limite du panier de biens et services et des tarifs de la CMU Complémentaire (aides financières individuelles).
2. Une fois le dispositif mis en place, des aides financières individuelles, qui ne peuvent plus prendre la forme d'une participation au paiement de cotisations ou de primes d'assurance complémentaire, peuvent toujours être accordées aux personnes qui n'auraient pas choisi d'adhérer au contrat aidé, dans la limite du panier de biens et services et des tarifs de la CMU Complémentaire.

Pour les personnes qui ont opté pour le dispositif d'aide à la mutualisation, une aide individuelle peut exceptionnellement être accordée, sur l'enveloppe des crédits non affectés, pour prendre en charge tout ou partie des dépassements des prix maxima prévus en sus des tarifs de responsabilité.

III - DISPOSITIONS BUDGETAIRES

1. DOTATIONS - MOYENS AFFECTES AUX CAISSES

La part de la dotation paramétrique affectée à la prise en compte des situations en marge de la CMU Complémentaire vise désormais en priorité l'aide à la mutualisation.

Ses modalités de calcul, définies par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale en sa séance du 21 novembre 2000, restent inchangées sur l'exercice 2002 et retiennent pour base la population en marge de la CMU dénombrée par circonscription de caisse, à savoir les titulaires de :

- ↳ l'Allocation Adultes Handicapés (AAH - Sources CNAF au 30/06/1999) ;
- ↳ l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV ou ex-FNS - Sources CNAVTS au 01/01/1998) ;
- ↳ l'Allocation Spéciale Invalidité (ASI - Sources CNAMTS au 31/12/1998) ;
- ↳ les chômeurs de plus d'un an (Sources ANPE au 09/1999) ;
- ↳ les jeunes de 16-25 ans (Sources INSEE au 31/12/1997), affectés d'un coefficient de pondération (2,72) afin d'aligner leur volume sur les 4 catégories précédentes.

Les CPAM et les CGSS mettent en œuvre ce dispositif, ou les dispositifs antérieurement créés, dans la limite de ces crédits.

En 2002, l'enveloppe mobilisable au budget du FNASS pour son financement (crédit 2001 revalorisé du taux directeur 2002, soit + 1,9 %) s'établit à 64,007 Millions d'€uros pour les CPAM et CGSS.

En 2003, cette enveloppe sera abondée d'un crédit de 15,240 M€.

Il est rappelé que dans le cadre pluriannuel dans lequel s'inscrit le budget du FNASS en application de la Convention d'Objectifs et de Gestion, les crédits qui n'auraient pas été utilisés au titre de ces dotations sur les exercices 2001 et 2002 feront l'objet d'un report en 2002 et 2003, dans la limite de l'excédent constaté par rapport à la notification effectuée par la CNAMTS.

Toutefois, compte tenu de la finalité assignée à cette prestation d'aide à la mutualisation, les crédits budgétaires 2002 et 2003 de l'enveloppe spécifique pourront donner lieu, le cas échéant, à ajustements au vu de bilans financiers.

Un premier bilan, effectué fin 2002, permettra d'apprécier les premiers mois de fonctionnement du dispositif et sa montée en charge.

2. MOYENS EN PERSONNEL

Pour ce qui concerne enfin la quantification des moyens nécessaires à la gestion de l'aide à la mutualisation (et le cas échéant du tiers payant coordonné après parution du décret prévu par la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002), il a paru difficile d'apprécier de façon relativement fiable la vitesse et l'importance de la montée en charge du dispositif.

En première approche, la CNAMTS et l'Etat sont donc convenu d'y affecter 250 ETP en CDI et de faire un bilan fin 2002.

La répartition de ces 250 emplois entre les CPAM et les CGSS sera communiquée ultérieurement aux organismes.

IV- MODALITES DE LIQUIDATION ET DE COMPTABILISATION DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES ET DU VERSEMENT DE LA PARTICIPATION DE LA CAISSE A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Une circulaire technique sera adressée ultérieurement.

V - SUIVI ET EVALUATION

Un suivi et une évaluation au plan local de la montée en charge et du bon fonctionnement du dispositif sont prévus par l'avenant n°2 à la convention d'objectifs et de gestion. Il serait souhaitable d'associer les organismes partenaires aux dispositifs locaux de suivi, et de prévoir l'information régulière du Conseil d'Administration.

Une instance nationale regroupant l'Etat, l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires et les associations œuvrant en faveur de l'accès aux soins des personnes démunies centralisera l'information recueillie au plan local, notamment au moyen de bilans périodiques de la mise en œuvre de cet avenant.

Les services de l'Etat et de la CNAMTS élaboreront ensemble ces bilans : trimestriels la première année, semestriels les années suivantes.

En cas de difficulté d'application de cette procédure les caisses peuvent saisir les services concernés de la CNAMTS.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, Madame, Monsieur l'Agent Comptable, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur
Daniel LENOIR

L'Agent Comptable
Joël DESSAINT

Annexe 1**Justificatif d'adhésion ou de souscription du
bénéficiaire de l'offre**

Nom de l'organisme complémentaire et catégorie (mutuelle, compagnie d'assurance, institution de prévoyance).

Liste des bénéficiaires de l'adhésion / contrat (noms, prénoms).

Montant de la cotisation totale.

Montant dû par l'adhérent / souscripteur.

Modalités de paiement (mensuelles, trimestrielles...)

Date du paiement.

Dates début - fin de validité de l'adhésion / contrat.

Date d'établissement de l'attestation.

Nom et qualité du signataire.

Signature.

Annexe 2

FICHE D'INFORMATION

Cette fiche d'information devra être rédigée par chaque organisme complémentaire participant au dispositif d'aide à la mutualisation et elle sera disponible dans les centres de sécurité sociale de la caisse concernée.

Prise en charge partielle de la cotisation de couverture complémentaire santé

Organisme complémentaire : mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance (préciser)

Nom de l'organisme :

Adresse des points d'accueil :

-
-
-

Centre gestionnaire des prestations en tiers payant :

Contact :

Prix de la cotisation proposé par l'organisme :

Cotisation selon l'âge du bénéficiaire	-18 ans	19 – 39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Cotisation adulte seul				
Deuxième adulte				
Par enfant				

Prestations couvertes :

Vous n'avez pas à payer les soins et achats de médicament : le tiers payant est garanti sur la partie obligatoire et complémentaire. Des dépassements sont pris en charge en prothèse dentaire, optique médicale et audioprothèse sur base forfaitaire définie selon la Loi (arrêtés du 31 décembre 1999 modifiés)

	PRISE EN CHARGE			PRISE EN
	REGIME	ORGANISME COMPLEMENTAIRE		CHARGE
	OBLIGATOIRE	Complément à 100 % (Ticket Modérateur)	FORFAITS ET DEPASSEMENTS	TOTALE (REG. OBLIG. + ORG. COMP.)
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE				
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0		100%
Honoraires	80% ou 100%	20% ou 0		100%
Forfait journalier hospitalier	-		Frais réels	FRAIS REELS
SOINS COURANTS				
Consultations visites	70%	30%		100%
Actes de spécialité (K ou KC)	70%	30%		100%
Radios	70%	30%		100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%		100%
Pharmacie vignettes bleues	35%	65%		100%
Pharmacie vignettes blanches	65%	35%		100%
Analyses	60%	40%		100%
Transport (ambulances, véhicules sanitaires légers ...)	65%	35%		100%
OPTIQUE				
Monture, Verres, lentilles acceptés	65%	35%		100%
supplément adulte (+ de 18 ans)			de 47 € à 89 € suivant correction	de 47 € à 89 € suivant correction
DENTAIRE				
Soins	70%	30%		100%
Prothèses remboursables	70%	30%	variable selon le type de prothèse et la position	100%
Orthodontie acceptée	100%		187,66 € / 6 mois	100% + 187,66 €
DIVERS				
Autres prothèses, appareillages et accessoires médicaux	65%	35%		100%
+ <i>supplément prothèse auditive</i>			+ 274,41 €	+ 274,41 €
Cure thermique	65% ou 70%	35% ou 30%		100%

Conditions générales de prise en charge par l'organisme complémentaire : les remboursements sont limités aux frais réels sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire.