



RÉGIME FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES MÉTIERS DU COMMERCE DE DÉTAIL
ALIMENTAIRE SPÉCIALISÉ - IDCC 3237

Édition 2024

apgis

L'APGIS

est le nouveau
partenaire

labellisé

santé et prévoyance
des métiers du
commerce de détail
alimentaire spécialisé



Pourquoi choisir d'adhérer au régime frais de santé et prévoyance labellisé par votre branche professionnelle ?

- **Être en conformité** avec vos **obligations conventionnelles** (nouvelle CCN 3237) et **réglementaires**, tout en bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux
- **Bénéficier de la mutualisation** et de la **stabilité du régime santé et prévoyance** : pas de sélection médicale, amélioration des garanties, stabilité des taux de cotisation, des tarifs et des frais optimisés
- **Être couvert par un régime haut de gamme** :
 - en frais de santé : implantologie, dépassements d'honoraires couverts, médecines douces, prise en charge de frais de pharmacie non remboursés
 - en prévoyance : une couverture complète pour vos entreprises et vos salariés
- Une **gestion performante, rapide et simplifiée** des remboursements santé et une offre de services accessible à tout moment
- Permettre à votre salarié ou à votre entreprise **de renforcer et/ou d'étendre sa couverture santé**

APGIS, partenaire de votre protection sociale

Depuis plus de 45 ans, l'APGIS, institution de prévoyance, affiliée au groupe COVÉA, est l'assureur complémentaire d'une protection sociale collective, solidaire et innovante, au profit des branches professionnelles, des entreprises et de leurs salariés. Elle accompagne au quotidien près de 40 000 entreprises et 860 000 bénéficiaires.

Exemples de remboursement

SANTÉ

Ces exemples se basent sur les garanties du régime conventionnel de base obligatoire (octobre 2023)



Soins courants

Consultation d'un médecin spécialiste

avec dépassement d'honoraires libres (non-adhérent à un OPTAM **)

Prix moyen pratiqué *
64,00

Remboursement RO *
16,10 ***

Reste à charge
RC : **18,00**

Remboursement APGIS *
RC : **29,90**



Optique

100 % santé

Équipement optique
- Monture + verres unifocaux

Prix limite de vente *
125,00 (monture à 30)

Remboursement RO *
22,50

Reste à charge
RC : **0**

Remboursement APGIS *
RC : **102,50**



Dentaire

100 % santé

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et 1^{es} pré-molaires

Honoraire limite de facturation *
500,00

Remboursement RO *
72,00

Reste à charge
RC : **0**

Remboursement APGIS *
RC : **428,00**

Panier libre

Équipement optique
- Monture + verres unifocaux

Prix moyen pratiqué *
356,00 (monture à 100)

Remboursement RO *
0,09

Reste à charge
RC : **86,00**
Option 1 : **16,00**
Option 2 : **0**

Remboursement APGIS *
RC : **269,91**
Option 1 : **339,91**
Option 2 : **355,91**



Aides auditives

Panier Maîtrisé

Couronne céramique hors zircon 2^e pré-molaire

Honoraire limite de facturation *
550,00

Remboursement RO *
72,00

Reste à charge
RC : **70,00**

Remboursement APGIS *
RC : **408,00**

100 % santé

Équipement auditif - Prix par oreille, pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

Prix limite de vente *
950,00

Remboursement RO *
240,00

Reste à charge
RC : **0**

Remboursement APGIS *
RC : **710,00**

Panier libre
Couronne céramo-métallique sur molaires

Prix moyen *
650,00

Remboursement RO *
72,00

Reste à charge
RC : **170,00**
Option 1 : **50,00**
Option 2 : **0**

Remboursement APGIS *
RC : **408,00**
Option 1 : **528,00**
Option 2 : **578,00**

Panier libre

Équipement auditif - Prix par oreille, pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

Prix moyen *
1 565,00

Remboursement RO *
240,00

Reste à charge
RC : **365,00**
Option 1 : **65,00**
Option 2 : **0**

Remboursement APGIS *
RC : **960,00**
Option 1 : **1260,00**
Option 2 : **1325,00**

Les exemples sont réalisés sur la base des tableaux de garanties pour l'année 2024.

* Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.

** OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée

*** Avant déduction de la participation forfaitaire de 1 euro, non garantie par le régime

RO : Régime Obligatoire (ici, il s'entend comme étant le régime général d'assurance maladie)

RC : Régime Conventionnel

Garanties santé

au 1^{er} janvier 2024



NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS					
	RÉGIME CONVENTIONNEL <small>Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)</small>		OPTION 1 <small>Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) ET AU TITRE DU RÉGIME CONVENTIONNEL</small>		OPTION 2 <small>Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) ET AU TITRE DU RÉGIME CONVENTIONNEL</small>	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</small>	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <small>(avec dépassement d'honoraires libres)</small>
HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITÉ)						
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels					
Frais de séjour en établissement conventionné	220 % BR		270 % BR		320 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	60 euros par jour dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire		80 euros par jour dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire		90 euros par jour dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire	
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire (sur présentation d'un justificatif) non remboursé par le RO	35 euros par jour				40 euros par jour	
SOINS COURANTS (Y COMPRIS MATERNITÉ)						
Honoraires médicaux	195 % BR	175 % BR	220 % BR	200 % BR	250 % BR	200 % BR
• Consultations et visites de généraliste						
• Consultations et visites de spécialiste	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
• Actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
• Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR	170 % BR	150 % BR	170 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux :	120 % BR		120 % BR		120 % BR	
• Kinésithérapeute						
• Autres spécialités	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO ⁽²⁾ « MonparcoursPsy »	100 % BR, limité à 8 séances par an et par bénéficiaire					
Analyse et examens de laboratoire	100 % BR					
Médicaments	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
• Médicaments remboursés par le RO						
Vaccins, traitement nicotinique, contraception et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	120 euros par an et par bénéficiaire		150 euros par an et par bénéficiaire		200 euros par an et par bénéficiaire	
Matériel médical (hors aides auditives et dentaires)	200 % BR + 300 euros par an et par bénéficiaire		200 % BR + 400 euros par an et par bénéficiaire		200 % BR + 500 euros par an et par bénéficiaire	

AUTRES GARANTIES

Natalité ⁽²⁾ Forfait naissance / adoption	150 euros par naissance ou par adoption	300 euros par naissance ou par adoption	500 euros par naissance ou par adoption
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR		
Cures thermales ⁽²⁾ remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 100 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 400 euros par an et par bénéficiaire
Médecine douce ⁽²⁾ (acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, diététique, psychologie, pédicure-podologue)	40 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	55 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	70 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage • Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L.871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR		

AIDES AUDITIVES

Renouvellement limité par bénéficiaire à un appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée

Équipement « 100% SANTÉ » * Classe I		100 % FR *	
--	---	-------------------	--

Équipement Hors « 100 % santé » - Tarif libre* Classe II

• Bénéficiaire de 20 ans et +	100 % BR + 800 euros par oreille appareillée	100 % BR + 1 100 euros par oreille appareillée	100 % BR + 1 300 euros par oreille appareillée
Prestation limitée à 1 700 euros y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire			
• Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	100 % BR + 300 euros Prestation limitée à 1 700 euros y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire		
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR		

DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires « 100% SANTÉ » * :		100 % FR *	
--	---	-------------------	--

Soins Hors « 100 % SANTÉ »*

• Consultations et soins dentaires	100 % BR		
• Inlays-Onlays Tarifs maîtrisé et libre	200 % BR	400 % BR	575 % BR

Prothèses dentaires Hors « 100 % SANTÉ »

• Prothèses - Tarifs maîtrisé et libre	400 % BR	500 % BR	575 % BR
• Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 % BRR	500 % BRR	575 % BRR

Orthodontie

• Remboursée par le RO	250% BR	350 % BR	400 % BR
• Non remboursée par le RO ⁽²⁾	250% BRR	400 % BRR	450 % BRR

Autres prestations dentaires non remboursées par le RO

• Implantologie dentaire ⁽²⁾ (pilier implantaire et l'implant)	800 euros par implant	1 200 euros par implant	1 550 euros par implant
limité à 3 implants par an et par bénéficiaire			

OPTIQUE

Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO

Renouvellement limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées

Équipement
« 100% SANTÉ »* Classe A
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres



100 % FR

Équipement Hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre * Classe B

• Monture :	100 euros par monture			
• Verre :	Simple	85 euros	120 euros	160 euros
	Complexe	Unifocal : 150 euros Multifocal : 170 euros	Unifocal : 200 euros Multifocal : 220 euros	Unifocal : 240 euros Multifocal : 280 euros
	Très complexe	265 euros	310 euros	350 euros
• Prestations d'adaptation	100 % BR			

Lentilles correctrices

• Remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	100 % BR + 150 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 euros par an et par bénéficiaire	100 % BR + 250 euros par an et par bénéficiaire
• Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 euros par an et par bénéficiaire	200 euros par an et par bénéficiaire	250 euros par an et par bénéficiaire

Autres prestations optiques non remboursées par le RO

• Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	600 euros par œil par an et par bénéficiaire	1 000 euros par œil par an et par bénéficiaire	1 300 euros par œil par an et par bénéficiaire
---	--	---	---

ABRÉVIATIONS :

BR : Base de remboursement du régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstitué d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie et obstétrique. L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (pour 2024 égal à 3 864 euros)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100 % Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100 % Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100 % Santé ».

(1) Selon les stipulations prévues au présent Contrat

(2) Voir les précisions sur les Garanties prévues au Contrat

Les présentes Garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100 % Santé ».

Lorsque la prestation est exprimée en euro, en pourcentage du PMSS ou TM, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Les prestations définies au niveau de Garanties « OPTION 1 » et « OPTION 2 », s'entendent y compris les prestations accordées au titre du niveau « GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES ». Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.



Cotisations
Régime
Frais de soins
de santé
au 1^{er} janvier 2024

AU CHOIX DE L'ENTREPRISE

Formule salarié obligatoire (**)

	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	1,49 % PMSS (**) soit 57,57 euros	+ 0,23 % PMSS (**) soit 8,89 euros	+ 0,35 % PMSS (**) soit 13,54 euros
Régime Alsace-Moselle	1 % PMSS (**) soit 38,64 euros		

Enfant (***) facultatif

	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	0,89 % PMSS (**) soit 34,39 euros	+ 0,14 % PMSS (**) soit 5,41 euros	+ 0,21 % PMSS (**) soit 8,11 euros
Régime Alsace-Moselle	0,60 % PMSS (**) soit 23,18 euros		

Conjoint facultatif

	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	1,86 % PMSS (**) soit 71,87 euros	+ 0,23 % PMSS (**) soit 8,89 euros	+ 0,35 % PMSS (**) soit 13,52 euros
Régime Alsace-Moselle	1,25 % PMSS (**) soit 48,30 euros		

Formule famille unique obligatoire

	Régime conventionnel	Option 1	Option 2
Régime général	3,10 % PMSS (**) soit 119,78 euros	+ 0,45 % PMSS (**) soit 17,39 euros	+ 0,65 % PMSS (**) soit 25,11 euros
Régime Alsace-Moselle	2,08 % PMSS (**) soit 80,37 euros		

(**) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - Valeur 2024 : 3 864 euros

(***) Gratuité à partir du 3^e enfant à charge. La cotisation du régime complémentaire santé obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % de la couverture obligatoire. Ces taux sont applicables jusqu'au 31 décembre 2025, sauf évolutions légales ou réglementaires.

Cotisations

Régime Frais de soins de santé

au 1^{er} janvier 2024

AU CHOIX DU SALARIÉ

(facultatif)

	En complément du régime conventionnel		En complément du régime conventionnel + Option 1 (obligatoire)
	Option 1	Option 2	Option 2
Salarié / conjoint	+ 0,26 % PMSS (**) soit 10,05 euros	+ 0,41 % PMSS (**) soit 15,84 euros	+ 0,15 % PMSS (**) soit 5,80 euros
Enfant	+ 0,15 % PMSS (**) soit 5,80 euros	+ 0,25 % PMSS (**) soit 10,05 euros	+ 0,09 % PMSS (**) soit 3,48 euros

Si Formule Famille unique	+ 0,50 % PMSS (**) soit 19,32 euros	+ 0,77 % PMSS (**) soit 29,75 euros	+ 0,25 % PMSS (**) soit 10,05 euros
------------------------------	---	---	---

(**) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - Valeur 2024 : 3 864 euros

Un accompagnement complet : services, actions de solidarité, prévention

Une gestion facilitée de votre adhésion

- **Espace entreprise** : téléchargement des documents contractuels, de gestion et d'information, affiliation ou radiation de votre personnel en ligne et en temps réel ; accès et transmission sécurisés ; accès aux services DSN.
- **Services DSN** : accès à la fiche de paramétrage DSN, consultation des DSN relatives aux cotisations déclarées et aux comptes rendus métiers, contact de l'assistance DSN.

Un soutien en toutes circonstances de vos salariés et de leurs familles

Des services pour faciliter le quotidien

- **Un espace assuré en ligne et une application mobile Apgismobile** : les outils dédiés pour suivre les remboursements, accéder à tout moment à sa carte de tiers payant, effectuer des démarches, etc.
- **Grâce à IDECLAIR**, vos salariés ont accès à un service d'analyse de devis, de tiers payant et de conseil en optique, en dentaire et en audioprothèse. Ils gardent le choix de leur professionnel de santé et la maîtrise de leurs dépenses.
- **FILAPGIS** est une cellule conseil pour prévenir, accompagner et conseiller face aux difficultés de la vie quotidienne (santé, famille, aidant, difficultés financières, décès, etc.).

PRÉVOYANCE

Salariés couverts : Prévoyance cadre* et non cadre*

Une couverture décès :

- Pour les salariés non cadres

- un capital décès exprimé en pourcentage du salaire annuel brut et pouvant varier en fonction de la situation de famille du salarié
- une rente éducation et une rente handicap (assurées par l'OCIRP)
- la garantie Double effet
- une majoration en cas d'accident

- Pour les salariés cadres

- un capital décès de 260 % à 435 % du salaire annuel brut (selon l'option choisie)
- une rente éducation et une rente handicap (en fonction de la situation de famille en choisissant l'option qui prévoit ces rentes assurées par l'OCIRP)
- la garantie Double effet
- une majoration en cas d'accident

Une couverture Incapacité et Invalidité

- **en cas d'incapacité de travail temporaire**, le salarié peut bénéficier d'indemnités journalières permettant d'assurer un certain niveau de salaire en cas d'arrêt de travail.

- **en cas d'invalidité** (incapacité permanente totale ou partielle), le salarié peut bénéficier d'une rente d'invalidité pour compenser en partie la perte de revenus.

Ces prestations sont versées dans les conditions prévues au Contrat et sous réserve que le salarié perçoive des indemnités journalières ou une pension d'invalidité versées par la Sécurité sociale.

Entreprise protégée :

Une garantie maintien de salaire

- Pour assurer vos obligations conventionnelles de maintien de salaire (article 42 de la convention collective)

Une garantie indemnité de départ à la retraite

- Pour couvrir vos obligations conventionnelles de paiement des indemnités de départ volontaire à la retraite (article 25-4 de la convention collective)

* Tel que défini par l'Acte de mise en place.



Cotisations prévoyance

au 1^{er} janvier 2024

Un tarif avantageux pour une protection complète

en % T1/T2	NON CADRES*	CADRES* Option 1 / Option 2	
	T1-T2	T1	T2
Décès / PTIA (Capitaux et rentes)	0,39 %	0,76 %	0,68 %
Maintien de salaire	0,56 %	0,44 %	0,44 %
Incapacité	0,20 %	0,19 %	0,21 %
Invalidité	0,40 %	0,40 %	0,46 %
Indemnité de départ en retraite	0,07 %	0,07 %	0,07 %
TOTAL (y compris «Maintien de salaire» et «Indemnité de départ en retraite»)	1,62 %	1,86 %	1,86 %

Les taux sont maintenus pendant deux ans, à compter du 1^{er} janvier 2024, sauf évolutions légales ou réglementaires.

T1 : Tranche 1 - salaire brut mensuel inférieur ou égal au Plafond mensuel de la Sécurité sociale

T2 : Tranche 2 - salaire brut mensuel compris entre une fois et quatre fois le Plafond mensuel de la Sécurité sociale

PTIA : Perte totale et irréversible d'autonomie

* Tel que défini par l'Acte de mise en place.



Garanties prévoyance / Cadre*

au 1^{er} janvier 2024

GARANTIES	PRESTATIONS en % du salaire annuel brut - Tranches T1 et T2	
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) TOUTES CAUSES		
	Option 1	Option 2
Versement d'un capital égal à :		
• Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement, sans personne à charge	260 %	260 %
• Marié, Pacsé, concubin, sans personne à charge	350 %	260 %
• Tout participant avec personne(s) à charge	435 %	260 %
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) PAR ACCIDENT		
Versement d'un capital supplémentaire égal à :	+ 50 % du capital décès toutes causes ⁽¹⁾	
GARANTIE DOUBLE EFFET		
Versement d'un capital égal à :	+ 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes	
GARANTIES RENTE ÉDUCATION ET RENTE HANDICAP (assurées par l'OCIRP)		
Versement, à chaque enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à (doublement de la rente si l'enfant est orphelin de père et mère) :		
• Jusqu'à son 16 ^e anniversaire		15 %
• De son 16 ^e à son 18 ^e anniversaire et jusqu'à son 26 ^e anniversaire au plus tard (sous conditions)		20 %

⁽¹⁾ Le capital prévu en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, n'est plus garanti si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient plus de douze (12) mois après l'accident. Il n'est pas considéré comme consécutif à un accident lorsqu'il survient à la suite d'une intervention chirurgicale.

RENTE HANDICAP

Si l'Option 2 est choisie, en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie du Participant, ayant un enfant handicapé tel que défini dans les Conditions générales, versement d'une rente annuelle complémentaire égale à 682 euros par mois (montant pour 2024).

Cette rente viagère est revalorisée annuellement par référence à l'évolution du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL (Y COMPRIS LES PRESTATIONS RO)	
• Incapacité temporaire - Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire et éventuellement celles versées par l'Entreprise adhérente ou de tout autre revenu de remplacement, égale à :	66,66 %
• Incapacité permanente totale ou partielle - Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :	
• 2 ^e ou 3 ^e catégorie d'invalidité	66 %
• 1 ^{ère} catégorie d'invalidité	44 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 66 %	66 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 33 % et < 66 %	3/2 N x 66 %

DÉLAIS DE FRANCHISE APPLICABLE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

En relais du maintien de salaire, ou à l'issue d'une franchise continue de 180 jours d'arrêt de travail, pour les Participants n'ayant pas l'ancienneté requise d'un (1) an pour bénéficier du maintien de salaire.

En cas d'épuisement des droits au maintien de salaire, l'indemnisation intervient après la période de franchise du Régime Obligatoire.

Il est rappelé que les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées dans les limites prévues à l'article 4.4 des conditions générales et à l'article 7.4 de la notice d'information.

Le salaire de référence est ventilé en tranches 1 et 2. Elles sont définies comme suit :

- Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

* Tel que défini par l'Acte de mise en place du régime



GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement à l'entreprise adhérente d'une indemnité journalière, selon l'ancienneté du salarié, y compris les allocations versées par le Régime Obligatoire (RO), égale à :

• En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 0 à 3 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	1 ^{er} jour
De 3 à 5 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	
De 5 à 10 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	
De 10 à 15 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	
De 15 à 20 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	
De 20 à 25 ans	pendant 90 jours	pendant 80 jours	
Plus de 25 ans	pendant 100 jours	pendant 90 jours	

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement à l'entreprise adhérente d'une indemnité journalière, selon l'ancienneté du salarié, y compris les allocations versées par le Régime Obligatoire (RO), égale à :

• En cas de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 1 à 3 ans	pendant 30 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 3 à 5 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 5 à 10 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	6 ^e jour ⁽²⁾
De 10 à 15 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 15 à 20 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 20 à 25 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
Plus de 25 ans	pendant 90 jours	pendant 90 jours	3 ^e jour ⁽²⁾

⁽¹⁾ Salaire retenu est la moyenne des rémunérations brutes des trois derniers mois, avec prise en compte de 3/12 des gratifications et primes annuelles, qu'aurait perçue le Participant s'il avait continué à travailler et tel que défini au Contrat.

⁽²⁾ En cas d'hospitalisation, l'indemnisation est versée dès le premier jour d'hospitalisation.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour d'absence.

MATERNITÉ

Les participantes ayant plus d'un an d'ancienneté au jour de l'arrêt de travail pour maternité bénéficient de leur salaire intégral pendant la durée du congé de maternité, sous déduction des indemnités versées par le Régime Obligatoire.

GARANTIE INDEMNITÉ DE DÉPART A LA RETRAITE

Versement d'une indemnité à l'entreprise, pour tout Participant justifiant de deux (2) ans au moins d'ancienneté dans l'entreprise, et partant volontairement à la retraite, égale à :

1/10 de mois par année de présence, sans qu'elle puisse dépasser un maximum de 3 mois de salaire de référence ⁽³⁾

Le salaire de référence à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité est :

- soit le 1/12 de la rémunération des douze (12) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite,

- Soit 1/3 des trois (3) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite (dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, qui aurait été versée pendant cette période, ne serait prise en compte qu'au prorata temporis).

Le salaire de référence le plus avantageux pour le Participant sera toujours retenu.

Garanties prévoyance Non Cadre*

au 1^{er} janvier 2024



GARANTIES	PRESTATIONS en % du salaire annuel brut - Tranches T1 et T2**
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) TOUTES CAUSES	
Versement d'un capital égal à :	
• Célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps judiciairement, sans personne à charge	100 %
• Marié, Pacsé, concubin, sans personne à charge	150 %
• Tout participant avec personne(s) à charge	200 %
GARANTIES DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) PAR ACCIDENT	
Versement d'un capital supplémentaire égal à :	+ 50 % du capital décès toutes causes ⁽¹⁾
GARANTIE DOUBLE EFFET	
Versement d'un capital égal à :	+ 100 % de celui défini à la Garantie décès toutes causes
GARANTIES RENTE ÉDUCATION ET RENTE HANDICAP (assurées par l'OCIRP)	
Versement, à chaque enfant à charge, d'une rente temporaire d'éducation annuelle égale à (doublement de la rente si l'enfant est orphelin de père et mère) :	
• Jusqu'à son 16 ^e anniversaire	15 %
• De son 16 ^e à son 18 ^e anniversaire et jusqu'à son 26 ^e anniversaire au plus tard (sous conditions)	20 %

⁽¹⁾ Le capital prévu en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, n'est plus garanti si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient plus de douze (12) mois après l'accident. Il n'est pas considéré comme consécutif à un accident lorsqu'il survient à la suite d'une intervention chirurgicale.

RENTE HANDICAP

En cas de décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie du Participant, ayant un enfant handicapé tel que défini dans les Conditions générales, versement d'une rente annuelle complémentaire égale à 682 euros par mois (montant pour 2024).

Cette rente viagère est revalorisée annuellement par référence à l'évolution du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL	
• Incapacité temporaire - Versement d'une indemnité journalière, y compris celle servie par le Régime Obligatoire et éventuellement celles versées par l'Entreprise adhérente ou de tout autre revenu de remplacement, égale à :	66,66 %
• Incapacité permanente totale ou partielle - Versement d'une rente, y compris celle servie par le Régime Obligatoire, égale à :	
• 2 ^e ou 3 ^e catégorie d'invalidité	66 %
• 1 ^{ère} catégorie d'invalidité	44 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 66 %	66 %
• Taux d'incapacité permanente > ou = 33 % et < 66 %	3/2 N x 66 %

DÉLAIS DE FRANCHISE APPLICABLE POUR LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE

En relais du maintien de salaire, ou à l'issue d'une franchise continue de 180 jours d'arrêt de travail, pour les Participants n'ayant pas l'ancienneté requise d'un (1) an pour bénéficier du maintien de salaire.

En cas d'épuisement des droits au maintien de salaire, l'indemnisation intervient après la période de franchise du Régime Obligatoire.

Il est rappelé que les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées dans les limites prévues à l'article 4.4 des conditions générales et à l'article 7.4 de la notice d'information.

* Tel que défini par l'Acte de mise en place du régime

** Le salaire de référence est ventilé en tranches 1 et 2. Elles sont définies comme suit :

- Tranche 1 : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale.

- Tranche 2 : fraction du salaire comprise entre une (1) et quatre (4) fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale.

GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement à l'entreprise adhérente d'une indemnité journalière, selon l'ancienneté du salarié, y compris les allocations versées par le Régime Obligatoire (RO), égale à :

• En cas d'accident du travail ou maladie professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 0 à 3 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	1 ^{er} jour
De 3 à 5 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	
De 5 à 10 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	
De 10 à 15 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	
De 15 à 20 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	
De 20 à 25 ans	pendant 90 jours	pendant 80 jours	
Plus de 25 ans	pendant 100 jours	pendant 90 jours	

Après un an d'ancienneté dans l'entreprise, versement à l'entreprise adhérente d'une indemnité journalière, selon l'ancienneté du salarié, y compris les allocations versées par le Régime Obligatoire (RO), égale à :

• En cas de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle

Ancienneté du participant	Montant de l'indemnisation ⁽¹⁾ et durée		À compter du
	90 %	66,66 %	
De 1 à 3 ans	pendant 30 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 3 à 5 ans	pendant 40 jours	pendant 30 jours	8 ^e jour ⁽²⁾
De 5 à 10 ans	pendant 50 jours	pendant 40 jours	6 ^e jour ⁽²⁾
De 10 à 15 ans	pendant 60 jours	pendant 50 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 15 à 20 ans	pendant 70 jours	pendant 60 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
De 20 à 25 ans	pendant 80 jours	pendant 70 jours	3 ^e jour ⁽²⁾
Plus de 25 ans	pendant 90 jours	pendant 90 jours	3 ^e jour ⁽²⁾

⁽¹⁾ Salaire retenu est la moyenne des rémunérations brutes des trois derniers mois, avec prise en compte de 3/12 des gratifications et primes annuelles, qu'aurait perçue le Participant s'il avait continué à travailler et tel que défini au Contrat.

⁽²⁾ En cas d'hospitalisation, l'indemnisation est versée dès le premier jour d'hospitalisation.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour d'absence.

MATERNITÉ

Les participantes ayant plus d'un an d'ancienneté au jour de l'arrêt de travail pour maternité bénéficient de leur salaire intégral pendant la durée du congé de maternité, sous déduction des indemnités versées par le Régime Obligatoire.

GARANTIE INDEMNITÉ DE DÉPART A LA RETRAITE

Versement d'une indemnité à l'entreprise, pour tout Participant justifiant de deux (2) ans au moins d'ancienneté dans l'entreprise, et partant volontairement à la retraite, égale à :	1/10 de mois par année de présence, sans qu'elle puisse dépasser un maximum de 3 mois de salaire de référence ⁽³⁾
--	--

Le salaire de référence à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité est :

- soit le 1/12 de la rémunération des douze (12) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite,

- Soit 1/3 des trois (3) derniers mois précédant le départ volontaire à la retraite (dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, qui aurait été versée pendant cette période, ne serait prise en compte qu'au prorata temporis).

Le salaire de référence le plus avantageux pour le Participant sera toujours retenu.





apgis

Pour plus d'informations
sur le régime frais de santé et
prévoyance et adhérer,
vous pouvez nous contacter au :
01 49 57 45 11
alimentaire-specialise@apgis.com

Précisions sur le contrat santé - frais médicaux*

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. » Il s'élève à 91,47 % au titre de l'exercice 2022.

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des frais de gestion. » Il s'élève à 8,11 % au titre de l'exercice 2022.

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

*conformément à l'arrêté du 6 mai 2020

Document non contractuel. Les informations fournies ne sont pas exhaustives.
Pour connaître les conditions et limites du régime de protection sociale, reportez-vous au Contrat.

assuré et géré par

apgis

APGIS - Institution de prévoyance agréée par le
Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n°930,
régie par les articles L931-1 et suivants du Code de la
Sécurité sociale, SIREN N°304 217 904 - Siège social :
12 rue Massue - 94684 VINCENNES cedex
www.apgis.com

