

La Complémentaire Santé LCL



*Ce document est donné à titre informatif. Pour retrouver les éléments contractuels merci de vous reporter à la **notice d'information**.*

MAJ 25/07/2022



Une complémentaire santé, ça sert à quoi ?

Le rôle de la complémentaire santé est de couvrir totalement ou partiellement les dépenses de santé qui restent à la charge du salarié après le remboursement de la sécurité sociale.

Votre complémentaire santé est régie par l'accord du 21 juin 2017* ayant pris effet le 1^{er} janvier 2018.

L'essentiel à retenir :

1. L'adhésion du salarié est obligatoire. Celle des enfants est facultative, au même titre que celle du conjoint et des ascendants à charge
2. La complémentaire santé se compose d'une couverture obligatoire et d'une couverture supplémentaire facultative qui renforce la couverture obligatoire
3. Les cotisations de la couverture obligatoire des salariés sont calculées en fonction de leur régime de temps de travail et de leur rémunération, et sont prélevées sur 12 mois sur le bulletin de paie
4. Le prix forfaitaire de la couverture supplémentaire facultative est prélevé sur 12 mois directement sur compte bancaire



Assurés obligatoires :

Tout salarié LCL, dont le contrat de travail est en vigueur, est automatiquement assuré par la complémentaire santé obligatoire dès lors qu'il **perçoit une rémunération ou une indemnité de la part de LCL** (salariés, y compris salariés mis à disposition, salariées en congé maternité, salariés en congé financé par leur CET, salariés en préavis ou en congé de reclassement).

Il existe toutefois des conditions de dispense (voir en annexe p.23-24).

A noter : Les salariés ayant demandé et obtenu un congé parental d'éducation à compter du 1er janvier 2015 restent couverts à titre obligatoire par la complémentaire santé LCL.

Exception : Les salariés de la DdR Antilles restent couverts par la complémentaire santé mise en place par voie d'accord le 31 juillet 2016.

Assurés facultatifs :

Le conjoint* ainsi que les enfants* et ascendants* à la charge du salarié, peuvent être affiliés à **titre facultatif**.

Les assurés facultatifs bénéficient des **mêmes garanties que le salarié**, ainsi :

- Si le salarié n'a pas souscrit au régime supplémentaire facultatif, il ne pourra pas y affilier ses ayants droit,
- Si le salarié a souscrit au régime supplémentaire facultatif, ses ayants droit bénéficient obligatoirement des garanties du régime obligatoire et du régime supplémentaire.



	Base	Base + Complémentaire	Supplémentaire facultatif
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 50% BR	80% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 30% BR	80% BR	+50%BR
Honoraires pour les médecins spécialistes, neuropsychiatres et actes techniques médicaux (consultations, visites et soins)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 200% BR	230% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR	230% BR	+50%BR
Honoraires pour des actes de radiologie (radiologie, IRM, scanners, échographie...)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 100% BR	130% BR	+50%BR
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 80% BR	130% BR	+50%BR
Honoraires paramédicaux	TM + 50% BR	90% BR	-
Analyses et examens de laboratoire	TM + 50% BR	90% BR	-
Transport remboursé par la Sécurité sociale	TM	35% BR	-
Médicaments			
Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100% TM	100% TM	-
Médicaments à service médical rendu modéré	100% TM	100% TM	-
Médicaments à service médical rendu faible	100% TM	100% TM	-
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	15 €	15 €	-
Pilule contraceptive prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	-
Traitement nicotinique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	125 €	125 €	-
Matériel médical			
Appareillages non listés après	TM	TM	-
Fauteuil roulant remboursé par la Sécurité sociale	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR- 2000 € ; 500 % BR)	TM + 2000 € + 80 % min (FR-BR-2000 € ; 500 % BR)	-
Prothèse mammaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€	TM + 300€	-
Prothèse capillaire remboursé par la Sécurité sociale	TM + 300€	TM + 300€	-
Semelle orthopédique	TM + 700% BR	TM + 700% BR	+ 100% BR

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr



	Base	Base + Complémentaire	Supplémentaire facultatif
Soins et prothèses 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant la prise en charge SS			
Soins	Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	-
Prothèses			-
Soins hors 100% Santé			
Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.			
Soins - Panier Reste à charge maîtrisé et Panier libre			
Consultations et soins dentaires hors Inlay Onlay	TM	30% BR	-
Inlay onlay - forfait par dent	TM + 400% BR	430% BR	+100%BR
Prothèses hors 100% Santé			
Dans le panier "Reste à charge maîtrisé", le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser les Honoraires Limite de Facturation (HLF) de l'acte ou du soin.			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	TM + 400% BR	430% BR	+100%BR
Inlay core remboursé par la Sécurité sociale avec ou sans clavette	TM + 170 % BR	200 % BR	-
Prothèse transitoire	TM + 97 €	TM + 97 €	-
Bridge 3 pièces	TM + 1 333 €	TM + 1333 €	+ 300 €
Inter de bridge supplémentaire	TM + 538 €	TM + 538 €	+ 100 €
Autres prestations dentaires			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	TM + 300% BR	TM + 300%BR	+50%BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par semestre)	387 €	387 €	+200€
Parodontologie non remboursée (forfait par quadrant, par an et par bénéficiaire)	300 €	300 €	+100€
Implantologie (par an et par bénéficiaire)	500 €	500 €	+200€



	Base	Base + Complémentaire	Supplémentaire facultatif																																																
<p>La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ; - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ; - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. <p>Le décompte de la période s'effectue de date d'achat à date d'achat. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la réglementation.</p> <p>Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.</p> <p>Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le Prix Limite de Vente (PLV) de l'acte ou du soin.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)</th> <th>Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Monture</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Verres</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Prestation d'appairage</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Prestation d'adaptation</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>Equipements Hors 100% Santé - Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>100 €</th> <th>100 €</th> <th>-</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Monture</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verre</td> <td>Voir "grille optique" ci-après</td> <td>Voir "grille optique" ci-après</td> <td>Voir "grille optique" ci-après</td> </tr> <tr> <td>Prestation d'adaptation (par équipement)</td> <td>10 €</td> <td>10 €</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>Autres prestations optiques</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TM +130 €</th> <th>TM +130 €</th> <th>+50€</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁾</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) : Forfait par oeil</td> <td>700 €</td> <td>700 €</td> <td>+400€</td> </tr> </tbody> </table>					Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)		Monture			-	Verres			-	Prestation d'appairage			-	Prestation d'adaptation			-		100 €	100 €	-	Monture				Verre	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après	Prestation d'adaptation (par équipement)	10 €	10 €	-		TM +130 €	TM +130 €	+50€	Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁾				Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) : Forfait par oeil	700 €	700 €	+400€
	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)																																																	
Monture			-																																																
Verres			-																																																
Prestation d'appairage			-																																																
Prestation d'adaptation			-																																																
	100 €	100 €	-																																																
Monture																																																			
Verre	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après	Voir "grille optique" ci-après																																																
Prestation d'adaptation (par équipement)	10 €	10 €	-																																																
	TM +130 €	TM +130 €	+50€																																																
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁾																																																			
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) : Forfait par oeil	700 €	700 €	+400€																																																

(1) Prise en charge à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait



En optique, les garanties s'articulent autour de la notion d'équipement.

Un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et deux verres. Les équipements sont classés en cinq classes, en fonction de la correction visuelle de chaque œil.

Au sein d'un équipement, le montant pris en charge au titre de la monture est limité à 100€. Le régime prend en charge:

- › pour les adultes, un seul équipement par période de 2 ans (date d'achat à date d'achat) sauf changement de correction,
- › pour les enfants (de moins de 18 ans) un équipement par an (date d'achat à date d'achat).

Régime obligatoire <i>(base + complémentaire)</i>		Dans le réseau ITELIS : OPTI 3 Remboursement intégral y compris Sécurité Sociale sur les produits suivants: verres organiques de marque exclusivement.	Hors réseau ITELIS Garantie par verre, y compris Sécurité Sociale
UNIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre aminci	60 €
	Modéré	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre très aminci	80 €
	Moyen	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre ultra aminci	100 €
	Elevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	115 €
	Très élevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	145 €
MULTIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre aminci	160 €
	Modéré	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre très aminci	180 €
	Moyen	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre ultra aminci	200 €
	Elevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	220 €
	Très élevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	240 €

Régime obligatoire <i>(base + complémentaire)</i> + Régime supplémentaire facultatif		Dans le réseau ITELIS : OPTI 4 Remboursement intégral y compris Sécurité Sociale sur les produits suivants: verres organiques de marque exclusivement.	Hors réseau ITELIS Garantie par verre, y compris Sécurité Sociale
UNIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre aminci	70 €
	Modéré	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre très aminci	90 €
	Moyen	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verre ultra aminci	110 €
	Elevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	125 €
	Très élevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	155 €
MULTIFOCAL	Faible	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre aminci	180 €
	Modéré	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre très aminci	200 €
	Moyen	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés. Verre ultra aminci	220 €
	Elevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture.	240 €
	Très élevé	Traitement contre les rayures. Traitement antireflet, anti UV, et anti lumière bleue nocive. Epaisseur de verre optimisée en fonction de la monture. Verres progressifs optimisés.	260 €



	Base	Base + Complémentaire	Supplémentaire facultatif
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie et psychiatrie) Sans limitation de durée dans les établissements hospitaliers	100% FR	100% FR	-
Honoraires médicaux			
Honoraires pour les médecins (consultations et actes techniques)			
Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (1)	TM + 500% BR	TM + 500% BR	-
Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	TM + 100% BR	TM + 500% BR	-
Prestations hospitalières			
Frais de séjour	TM + 20% BR	TM + 20% BR	-
Franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120€)	100% FR	100% FR	-
Chambre particulière (maximum 60 jours)	55 € / jour	55 € / jour	+25 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, maximum 7 jours)	20 € / jour	20 € / jour	+15 € / jour

(1) Pour savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, rendez-vous sur Ameli.fr



	Base	Base + Complémentaire	Supplémentaire facultatif
La prise en charge est limitée à un équipement par oreille et par période de 4 ans, décomptée de date d'achat à date d'achat. Le remboursement total de la Sécurité Sociale et de Crédit Agricole Assurances ne peut en aucun cas dépasser le plafond réglementaire de 1700 € par oreille.			
A compter du 1er janvier 2021 : Equipements 100% Santé, tels que définis réglementairement (1)			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Garantie sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV)	-
Equipements hors 100% Santé			
Aide auditive / oreille Pour l'ensemble des assurés quel que soit leur âge	TM + 620 €	TM + 620 €	+280€
Autres			
Piles acoustiques	TM +60 €	TM +60 €	-

(1) Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé



	Base	Base + Complémentaire	Supplémentaire facultatif
Médecine douce			
Séances d'ostéopathie par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	40 €	40 €	+10€
Séances d'Etiopathie, Chiropractie, Nutritionniste, Ostéodensitométrie non prise en charge, Acupuncture, Psychomotricité, Psychologie, Naturopathie, Ergothérapie (par séance, dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire)	25 €	25 €	+10€
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale			
Transport et l'hébergement	TM + 80€	TM + 80€	-
Frais d'accompagnement enfant curiste (enfant de moins de 16 ans, forfait annuel)	40 €	40 €	-
Autres soins			
Ostéodensitométrie	TM	30% BR	
Allocation naissance ⁽¹⁾	125 €	125 €	-
Allocation enfant handicapé ⁽²⁾	390 €	390 €	-
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%	100%	-

(1) L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement de l'enfant au contrat. Si les deux parents sont affiliés au régime, l'allocation est versée à chacun d'eux.

(2) L'allocation est versée à la reconnaissance du handicap, sur présentation de justificatif.

SERVICES			
Réseau de Soins	ITELIS	ITELIS	ITELIS
Assistance Hospitalisation	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance Maladie Redoutées	Inclus	Inclus	Inclus
HospizZen	Inclus	Inclus	Inclus



Financement de la couverture obligatoire pour le salarié

50%



Par le salarié

50%



Par l'employeur

Le montant des cotisations dépend du salaire et du temps de travail (avec un plancher et un plafond). Les cotisations à la charge du salarié sont prélevées en 12 mensualités sur la fiche de paie.

Financement de la couverture supplémentaire facultative pour le salarié

100%



Par le salarié

Montant forfaitaire, prélevé en 12 mensualités directement sur compte bancaire.

Financement de la couverture santé facultative des ayants droit (conjoint ainsi que enfants et ascendants à charge)

100%



Par le salarié

Montant forfaitaire, prélevé en 12 mensualités directement sur compte bancaire.



Les cotisations régime général

Les tarifs indiqués correspondent aux cotisations 2022.



COTISATIONS 2020	TARIFS MENSUELS (PART SALARIALE + PATRONALE)			
	COUVERTURE OBLIGATOIRE			COUVERTURE FACULTATIVE
	Total	dont :		
		Régime de base	Régime complémentaire	Régime supplémentaire
Cotisation en % salaire effectif (*)	2,25%	2,155%	0,095%	
Cotisation mensuelle min. 2022	48,59 €	46,54 €	2,05 €	
Cotisation mensuelle max. 2022	113,38 €	108,59 €	4,79 €	
Montant forfaitaire prélevé sur compte bancaire				14,91 €
Tarif maintien facultatif de la complémentaire santé pour les salariés en suspension de contrat sans salaire ni indemnisation	73,51 €	70,40 €	3,11 €	14,91 €
Tarif des ayants droit				
Tarif 1 enfant	24,42 €	23,19 €	1,03 €	7,36 €
Tarif 2 enfants ou plus	2 fois le tarif 1 enfant			
Conjoint Facultatif	73,51 €	70,40 €	3,11 €	14,91 €
Ascendant Facultatif	111,48 €	106,76 €	4,72 €	14,91 €

COTISATIONS 2020	TARIFS MENSUELS (PART SALARIALE)			
	COUVERTURE OBLIGATOIRE			COUVERTURE FACULTATIVE
	Total	dont :		
		Régime de base	Régime complémentaire	Régime supplémentaire
Cotisation en % salaire effectif (*)	1,13%	1,08%	0,05%	
Cotisation mensuelle min. 2022	24,30 €	23,27 €	1,03 €	
Cotisation mensuelle max. 2022	56,69 €	51,30 €	2,40 €	
Montant forfaitaire prélevé sur compte bancaire				14,91 €
Tarif maintien facultatif de la complémentaire santé pour les salariés en suspension de contrat sans salaire ni indemnisation	73,51 €	70,40 €	3,11 €	14,91 €
Tarif des ayants droit				
Tarif 1 enfant	24,42 €	23,19 €	1,03 €	7,36 €
Tarif 2 enfants ou plus	2 fois le tarif 1 enfant			
Conjoint Facultatif	73,51 €	70,40 €	3,11 €	14,91 €
Ascendant Facultatif	111,48 €	106,76 €	4,72 €	14,91 €

(*) **Salaire effectif** : Salaire mensuel brut de base tel que repris sur le bulletin de paye, auquel s'ajoutent, le cas échéant, l'allocation complémentaire de Robien et / ou la contribution financière accordée par LCL aux temps partiels / réduits aidés pour les salariés qui en bénéficient.

Cotisations Alsace-Moselle

Les tarifs indiqués correspondent aux cotisations 2022



COTISATIONS 2019	TARIFS MENSUELS (PART SALARIALE + PATRONALE)			
	COUVERTURE OBLIGATOIRE			COUVERTURE FACULTATIVE
	Total	dont :		
	Régime de base	Régime complémentaire	Régime supplémentaire	
Cotisation en % salaire effectif (*)	1,47%	1,401%	0,062%	
Cotisation mensuelle min. 2022	31,60 €	30,26 €	1,34 €	
Cotisation mensuelle max. 2022	73,72 €	70,60 €	3,12 €	
Montant forfaitaire prélevé sur compte bancaire				14,91 €
Tarif maintien complémentaire santé pour les salariés en suspension de contrat sans salaire ni indemnisation	47,78 €	45,76 €	2,02 €	14,91 €
Tarif des ayants droit				
Tarif 1 enfant	15,74 €	15,07€	0,67 €	7,36 €
Tarif 2 enfants ou plus	2 fois le tarif 1 enfant			
Conjoint Facultatif	47,78 €	45,76 €	2,02 €	14,91 €
Ascendant Facultatif	72,46 €	69,39 €	3,07 €	14,91 €

COTISATIONS 2019	TARIFS MENSUELS (PART SALARIALE)			
	COUVERTURE OBLIGATOIRE			COUVERTURE FACULTATIVE
	Total	dont :		
	Régime de base	Régime complémentaire	Régime supplémentaire	
Cotisation en % salaire effectif (*)	0,74%	0,70%	0,04%	
Cotisation mensuelle min. 2022	15,80 €	15,13 €	0,67 €	
Cotisation mensuelle max. 2022	36,86 €	35,30 €	1,56 €	
Montant forfaitaire prélevé sur compte bancaire				14,91 €
Tarif maintien complémentaire santé pour les salariés en suspension de contrat sans salaire ni indemnisation	47,78 €	45,76 €	2,02 €	14,91 €
Tarif des ayants droit				
Tarif 1 enfant	15,74 €	15,07€	0,67 €	7,36 €
Tarif 2 enfants ou plus	2 fois le tarif 1 enfant			
Conjoint Facultatif	47,78 €	45,76 €	2,02 €	14,91 €
Ascendant Facultatif	72,46 €	69,39 €	3,07 €	14,91 €

(*) **Salaire effectif** : Salaire mensuel brut de base tel que repris sur le bulletin de paye, auquel s'ajoutent, l'allocation complémentaire de Robien et / ou la contribution financière accordée par LCL aux temps partiels / réduits aidés pour les salariés qui en bénéficient

Les tarifs indiqués correspondent aux cotisations 2022

COTISATIONS 2019	TARIFS MENSUELS (PART SALARIALE + PATRONALE)			
	COUVERTURE OBLIGATOIRE			COUVERTURE FACULTATIVE
	Total	dont :		
	Régime de base	Régime complémentaire	Régime supplémentaire	
Cotisation en % salaire effectif (*)	2,14%	2,047%	0,090%	
Cotisation mensuelle min. 2022	46,15 €	44,21 €	1,94 €	
Cotisation mensuelle max. 2022	107,69 €	103,15 €	4,54 €	
Montant forfaitaire prélevé sur compte bancaire				14,91 €
Tarif maintien complémentaire santé pour les salariés en suspension de contrat sans salaire ni indemnisation	69,83 €	66,88 €	2,95 €	14,91 €
Tarif des ayants droit				
Tarif 1 enfant	23,01 €	22,03 €	0,98 €	7,36 €
Tarif 2 enfants ou plus	2 fois le tarif 1 enfant			
Conjoint Facultatif	69,83 €	66,88 €	2,95 €	14,91 €
Ascendant Facultatif	105,90 €	101,42 €	4,48 €	14,91 €

COTISATIONS 2019	TARIFS MENSUELS (PART SALARIALE)			
	COUVERTURE OBLIGATOIRE			COUVERTURE FACULTATIVE
	Total	dont :		
	Régime de base	Régime complémentaire	Régime supplémentaire	
Cotisation en % salaire effectif (*)	1,07%	1,024%	0,045%	
Cotisation mensuelle min. 2022	23,075 €	22,105 €	0,97 €	
Cotisation mensuelle max. 2022	53,845 €	51,575 €	2,27 €	
Montant forfaitaire prélevé sur compte bancaire				14,91 €
Tarif maintien complémentaire santé pour les salariés en suspension de contrat sans salaire ni indemnisation	69,83 €	66,88 €	2,95 €	14,91 €
Tarif des ayants droit				
Tarif 1 enfant	23,01 €	22,03 €	0,98 €	7,36 €
Tarif 2 enfants ou plus	2 fois le tarif 1 enfant			
Conjoint Facultatif	69,83 €	66,88 €	2,95 €	14,91 €
Ascendant Facultatif	105,90 €	101,42 €	4,48 €	14,91 €

(*) **Salaires effectifs** : Salaire mensuel brut de base tel que repris sur le bulletin de paye, auquel s'ajoutent, le cas échéant, l'allocation complémentaire de Robien et / ou la contribution financière accordée par LCL aux temps partiels / réduits aidés pour les salariés qui en bénéficient

Si vous vous posez des questions sur :

- La participation employeur
- Les cotisations apparaissant sur votre bulletin de paie
- Les conditions de dispense
- Les conséquences des modifications de votre contrat de travail (suspension, reprise, changement de temps de travail, rupture...) sur votre adhésion à la complémentaire santé



Connectez-vous sur [EasyRH](#) et posez votre question

- Vos remboursements
- Votre adhésion au régime supplémentaire facultatif
- L'adhésion de vos enfants, conjoints, ayants droit à la complémentaire santé LCL
- Le maintien de vos garanties à titre facultatif lorsque votre contrat de travail est suspendu ou rompu

Pour les frais engagés à compter du **01/01/2019**



Mail : moncontratsante@ca-assurances.fr
Tél : 02.46.81.00.30



Votre complémentaire santé se compose :

➤ D'une couverture obligatoire :

La couverture obligatoire comporte :

- **Un régime de base** conforme aux exigences législatives concernant les planchers et plafonds des garanties
- **Un régime complémentaire** dépassant les plafonds légaux sur certaines garanties insuffisamment remboursées par la couverture de base comme les honoraires médicaux ou chirurgicaux

➤ D'une couverture supplémentaire facultative :

Cette couverture renforce la couverture obligatoire notamment sur les consultations de généralistes et spécialistes, le dentaire, l'optique et les prothèses auditives.

Le régime de base et le régime complémentaire n'étant pas soumis aux mêmes cotisations sociales, votre bulletin de salaire comporte 2 lignes « complémentaire santé »

2. Conditions de dispense



PEUVENT DEMANDER UNE DISPENSE	CONDITIONS D'APPLICATION
<p>Salarié(e) bénéficiant :</p> <ul style="list-style-type: none">- dans le cadre d'un autre emploi (salarié(e) multi-employeurs)- ou en tant qu'ayant droit (de son conjoint ou assimilé) <p>d'une des couvertures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Complémentaire santé collective et obligatoire d'entreprise (familiale s'il est couvert en tant qu'ayant droit) conforme à l'article L 242-1 alinéa 6 CSS- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle- Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG)- Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011)- Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994).	<p>La demande doit être formulée :</p> <ul style="list-style-type: none">- dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime;- ou si elle est postérieure, dans les 2 mois qui suivent la prise d'effet de la complémentaire santé dont le salarié bénéficie par ailleurs au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit. <p><u>Modalités</u> : Le salarié doit faire compléter l'attestation fournie par LCL à :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'employeur pour la complémentaire santé collective obligatoire d'entreprise visée à l'article L 242-1 alinéa 6 ;- et/ou à l'assureur dans les autres cas de dispense. <p>Le salarié doit justifier chaque année de cette complémentaire santé.</p>
<p>Salarié(e) ou apprenti(e) titulaire d'un CDD d'une durée inférieure à 12 mois</p>	<p>La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou du renouvellement du CDD, si la durée totale des CDD successifs est inférieure à 12 mois, et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.</p>
<p>Salarié(e) ou apprenti(e), titulaire d'un CDD d'une durée égale ou supérieure à 12 mois, ayant souscrit une couverture santé individuelle.</p>	<p>La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou du renouvellement du CDD, si la durée totale des CDD successifs est supérieure à 12 mois, et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Le salarié doit justifier avoir souscrit une couverture santé individuelle.</p>

2. Conditions de dispense



PEUVENT DEMANDER UNE DISPENSE	CONDITIONS D'APPLICATION
Salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.	La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou les 2 mois suivant le passage à temps partiel, et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.
Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou d'une Aide à la Complémentaire Santé (ACS)	La demande doit être formulée : <ul style="list-style-type: none">- dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime ;- ou à la date à laquelle prend effet la couverture CMU-C ou l'ACS pour le salarié, si la prise d'effet intervient après l'embauche. La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide.
Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de son embauche.	La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Elle est effective jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
Salarié(e) titulaire d'un CDD d'une durée inférieure à 3 mois demandant à bénéficier du chèque santé.	La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Vous devez justifier avoir souscrit un contrat santé responsable hors : <ul style="list-style-type: none">- Couverture CMU ou ACS- Couverture obligatoire y compris en tant qu'ayant droit- Couverture financée par une collectivité publique

3. Début des garanties pour les salariés et les ayants droit



Vous souhaitez souscrire à la supplémentaire facultative et / ou faire adhérer vos ayants droit, les garanties prendront effet :

- à la même date que votre adhésion à la couverture obligatoire si vous adhérez à la supplémentaire facultative et / ou inscrivez vos ayants droit de façon simultanée,
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception par CAA de la demande d'adhésion si cette demande arrive avant le 31 mars 2019,
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception par CAA de la demande d'adhésion si cette demande arrive dans les 3 mois suivants un Mariage, signature d'un PACS ou cessation du contrat de travail du (de la) conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e),
- au 1^{er} jour du mois de l'arrivée au foyer d'un enfant,
- au 1^{er} janvier suivant la réception par CAA de la demande d'adhésion si cette demande arrive après le 31 mars 2019.

Toute adhésion facultative est de minimum 1 an à compter de la prise d'effet, sauf si vous justifiez d'un cas de dispense.

4. Fin des garanties pour les salariés



Situation	Date de fin des cotisations	Durée de maintien des garanties
<p>Absence de minimum 1 mois calendaire consécutif ni rémunéré, ni indemnisé par LCL ou par son régime de prévoyance.</p> <p>A l'exception de la suspension du contrat de travail relative à un congé parental sans solde.</p>	<p>Le premier mois non indemnisé et non rémunéré. Ex : absence non rémunérée et non indemnisée du 5 janvier au 5 mars :</p> <ul style="list-style-type: none">- Cotisations sur les paies de janvier et mars- Pas de cotisation sur la paie de février	<p>Jusqu'à la fin du mois où est intervenue la suspension du contrat de travail. Ex : absence non rémunérée et non indemnisée du 5 janvier au 5 mars :</p> <ul style="list-style-type: none">- Maintien des garanties en janvier, puis reprise en mars- Pas de couverture santé en février
<p>Départ en retraite : liquidation de la pension vieillesse sécurité sociale</p>	<p>À la date de cessation du contrat de travail. En cas de départ en cours de mois, la cotisation est calculée au prorata du nombre de jours de présence.</p>	<p>Jusqu'à la fin du mois où intervient la cessation du contrat de travail.</p>
<p>Rupture du contrat de travail n'ouvrant pas de droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage</p>	<p>À la date de cessation du contrat de travail. En cas de départ en cours de mois, la cotisation est calculée au prorata du nombre de jours de présence.</p>	<p>Jusqu'à la fin du mois où est intervenue la rupture du contrat de travail</p>
<p>Rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage</p>	<p>À la date de cessation du contrat de travail. En cas de départ en cours de mois, la cotisation est calculée au prorata du nombre de jours de présence.</p>	<p>Maintien à titre gratuit pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou des derniers mois de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez LCL• En tout état de cause maximum 12 mois <p>Précision : ce maintien des garanties cesse le dernier jour du mois à compter de la durée limite définie ci-dessus</p>

4. Fin des garanties pour les ayants droit



Situation	Date de fin de maintien des garanties pour l'ayant droit
Cessation des garanties pour le salarié	Le même jour que la cessation des garanties pour le salarié
L'ayant droit ne répond plus à la définition prévue dans l'accord (voir lexique)	Immédiatement
En cas de non-paiement des cotisations	Immédiatement
En cas de résiliation de l'adhésion de l'ayant droit	Le 1 ^{er} jour suivant la date de réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.
En cas de décès du salarié	Maintien à titre gratuit pendant 12 mois. Au-delà de cette période, les ayants droit peuvent demander le maintien des garanties dans le cadre d'une adhésion à titre facultatif.

5. Définition des niveaux de correction optique



Niveau de correction	Correction		
	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	$[-2 ; +2]$	0
	Sphère	$[-2 ; 0]$	$]0 ; +4]$
	Sphère + Cylindre	$[0 ; +2]$	> 0
Modéré	Sphère	$[-4 ; -2[\text{ ou }]+2 ; +4]$	0
	Sphère	$[-4 ; -2[$	$]0 ; +4]$
	Sphère + Cylindre	$] +2 ; +4]$	> 0
Moyen	Sphère	$[-6 ; -4[\text{ ou }]+4 ; +6]$	0
	Sphère	$[-6 ; -4[$	$]0 ; +4]$
	Sphère + Cylindre	$] +4 ; +6]$	> 0
Élevé	Sphère	$[-8 ; -6[\text{ ou }]+6 ; +8]$	0
	Sphère	$[-8 ; -6[$	$]0 ; +4]$
	Sphère + Cylindre	$] +6 ; +8]$	> 0
Très élevé	Sphère	$< -8 \text{ ou } > +8$	0
	Sphère	$[-8 ; 0]$	$> +4$
	Sphère	< -8	> 0
	Sphère + Cylindre	$> +8$	> 0

5. Schéma de remboursement des frais

