Avenant n° 154 du 19/05/2015

Relatif à la complémentaire santé

<u>Préambule</u>

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national de complémentaire santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, avec les Organismes assureurs recommandés, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 ont également eu à l'esprit la nécessité, pour les salariés, comme pour les entreprises :

- de bénéficier d'un régime mutualisé,
- de permettre la pérennité d'un régime de complémentaire santé,
- de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi,
- Et de respecter le décret du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui complète les dispositions permanentes de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 par la création d'un titre XI intitulé « Régime de complémentaire santé », reprenant les articles du présent avenant.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs, étant entendu que dans ce cas chaque garantie, prise individuellement, prévue par le régime d'entreprise doit être au moins égale à celle du régime de branche ayant le même objet.

Article 1 : il est créé le titre XI suivant :

I SIN MP

TITRE XI: COMPLEMENTAIRE SANTE

Article 11.1 - Objet

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

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant trois Organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des trois assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par le Protocole Technique et Financier et le Protocole de Gestion administrative, documents communs aux Organismes assureurs recommandés, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat cadre d'Assurance Collective.

Article 11.2 - Champ d'application

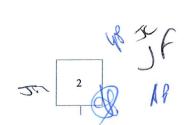
Le présent avenant s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 visés à l'article 11.3.1.

Article 11.3 - Mise en place d'un régime de complémentaire santé

Article 11.3.1 – Adhésion du salarié

1) Définition des bénéficiaires



Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage.

2) Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé

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

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- exercice du droit de grève,
- congés de solidarité familiale et de soutien familial,
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu.

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

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension, comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise) les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'Organisme assureur recommandé.

Les salariés concernés pourront néanmoins bénéficier d'une prise en charge éventuelle de la cotisation susvisée dans le cadre des mesures d'Action Sociale mises en place au titre du 2) de l'article 11.3.4 du présent titre.

I I

3) Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- a) les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties;
- b) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2) à l'article 3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Pour les CDD et les apprentis, cette demande de dispense devra être formulée dans les 30 jours suivant la date d'embauche.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit dans les 30 jours suivant la date d'embauche soit dans les 30 jours suivant le changement de situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment). A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

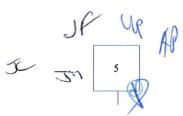
c) les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront

- produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.
- d) les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.
 - Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.
- e) les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire. Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés :

- elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion ;
- en cas de formalisation de leur régime par décision unilatérale, la mise en œuvre du caractère obligatoire de l'adhésion et des dispenses s'entend sans préjudice de l'application, aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce dernier article fait obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.



Article 11.3.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1) Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien du régime complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

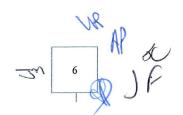
La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

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

2) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de <u>l'article 4 de la loi Evin</u>

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

 au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient,



 au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

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

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la dite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du Protocole de Gestion administrative.

Article 11.3.3 - Financement

1) Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les Organismes assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime complémentaire santé.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

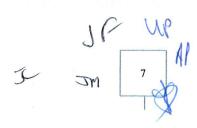
2) Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Pour information, le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3) Taux et répartition des cotisations

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



La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les Organismes assureurs recommandés :

<u>Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale ou de la Mutualité</u> <u>Sociale Agricole</u>

	Cotisation	Cotisation	Cotisation	
,	salariale	patronale	globale	
	0.47 % du	0.47 % du	0.94 % du	
Salarié isolé (obligatoire)	PMSS	PMSS	PMSS	
Par Enfant (facultatif - gratuité à	0.70 % du		0.70 % du	
compter du 3 ^{ème} enfant)	PMSS		PMSS	
C : - : - 1 /f 11 1;f)	1.08 % du		1.08 % du	
Conjoint (facultatif)	PMSS	h-190 -100	PMSS	

<u>Salariés relevant du Régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle (Régime Local)</u>

	Cotisation	Cotisation	Cotisation
	salariale	patronale	globale
Salarió isoló (obligatoiro)	0.21 % du	0.21 % du	0.42 % du
Salarié isolé (obligatoire)	PMSS	PMSS	PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à	0.34 % du	Paris news exc	0.34 % du
compter du 3 ^{ème} enfant)	PMSS		PMSS
Carried /formultatif	0.48 % du		0.48 % du
Conjoint (facultatif)	PMSS	-	PMSS

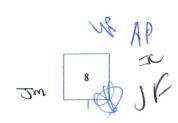
Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des Organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et le cas échéant de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

4) Régime optionnel

Il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche 2 régimes optionnels.

Dans le cas où le salarié y souscrit volontairement, le salarié assurera individuellement le régime opté à 100%, sans remise en cause de la participation à 50% de l'employeur sur le régime de base.

Les options figurent en annexes.



	Structure Obligatoire	Facultatif Salarié
Option 1	0.53 % du PMSS	0.64 % du PMSS
Option 2	0.72 % du PMSS	0.86 % du PMSS

Article 11.3.4 – Prestations

1) Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les Organismes assureurs recommandés, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la Commission Nationale Paritaire de Négociation et les Organismes assureurs recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des Organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

2) Droits non contributifs - Application du Décret du 11 décembre 2014

La Commission Nationale Paritaire de Négociation reprendra l'ensemble des dispositions générales relatives à la mise en place du degré élevé de solidarité, prévues dans le décret du 11 décembre 2014 :

- Une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur,
- Une prise en charge des Actions de prévention,
- Une prise en charge d'Actions Sociales à titre individuel, à titre collectif.

Le fonds constitué, par un financement à 2% des cotisations, est destiné à mettre en place ces dispositions.

JF 4P

Les modalités des Actions de prévention, les règles de fonctionnement ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'Action Sociale seront déterminées par la Commission Paritaire de Négociation dans un Règlement spécifique.

3) Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'Action Sociale définies par une liste établie par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Article 11.3.5 – Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission Nationale de Suivi par délégation de la Commission Nationale Paritaire de Négociation, dont sont membres les Organisations d'Employeurs et de Salariés représentatives signataires ou adhérentes de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988.

Les Organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la Commission Nationale Paritaire de Négociation, au plus tard le 1er juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du Protocole de Gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et règlementaires, après présentation des comptes par les Organismes assureurs recommandés, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Article 11.3.6 – Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « complémentaire santé » prévues par la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988, les Organismes assureurs suivants :

SM 10 AP

- UMANENS La MUTUELLE FAMILIALE, union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social: 111 Rue Cardinet – 75017 PARIS.
- Le groupement de coassurance mutualiste composé de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419,

Siège social: 56 / 60 rue Nationale – 75013 PARIS substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166,

Siège social: 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex

 ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878,

Siège social :104 avenue Maréchal de Saxe – 69003 LYON

- **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391,

Siège social: 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE

 EOVI MCD, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176,

Siège social: 44 rue de Copernic - 75016 PARIS

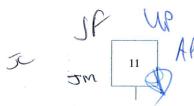
- **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473,

Siège social :143 rue Blomet – 75015 PARIS

 OCIANE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085,

Siège social :8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex

 MUTEX, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,



Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance mutualiste. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution à **MUTEX**.

 HUMANIS PREVOYANCE, institution de prévoyance créée dans le cadre des dispositions de l'article L.931-1 du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale et autres dispositions subséquentes - 4 rue Marie-Georges Picquart, 75017 PARIS

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

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les Organismes assureurs recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire des Organismes assureurs recommandés.

ARTICLE 2 - Effet et durée

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016 sous réserve de son agrément ministériel, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'Action Sociale et des Familles.

En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent avenant.

Ce présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Annexe – Garanties collectives « complémentaire santé obligatoire »

	Remboursement total d	lans la limite des frais réels sous déduct	ion de la Sécurité Sociale
	Base 1	Option N°1	Option N°2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires CAS	100% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non CAS	100% BR	200% BR	200% BR
- (), h	couverture aux frais réels, actuellement	couverture aux frais réels, actuellement	couverture aux frais réels, actuellemen
Forfait hospitalier	: 18 € par jour	: 18 € par jour	: 18 € par jour
Forfait actes lourd	non couvert	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
Consultations - visites Généralistes CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Généralistes non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	140% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non CAS	120% BR	200% BR	200% BR
consultations visites appendictes from error	100% BR (médicaments remboursés à		
Pharmacie	65% et 30% y compris homéopathie)	100% BR	100% BR
	6576 et 3676 y compris nomeopatrile)		
Vaccins non remboursés par la Ss	non couvert	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxilliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	100% BR	145% BR	170% BR
	100% BR	125% BR	150% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS			
Radiologie CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	100% BR	10% du PMSS par oreille - minimum TM	20% du PMSS par oreille
		(max 2 par an par bénéficiaire)	(max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire limite à 3 prothèses par an et par bénéficiaire			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-inlays	100% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	200 % BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	
O-athless destates		non couverte	non couverte
rrotneses dentaires		non couverte	non couverte
	200 % BR	350% BR	non couverte 450% BR
Remboursées: dents du sourire	200 % BR 150 % BR		
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche		350% BR	450% BR
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores	150 % BR	350% BR 250% BR	450% BR 350% BR
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale	150 % BR 125 % BR	350% BR 250% BR 150% BR	450% BR 350% BR 175% BR
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie	150 % BR 125 % BR non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte	450% BR 350% BR 175% BR non couverte
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1	350% BR 250% BR 150% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1	350% BR 250% BR 150% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 ture (mineurs) et lentilles par an et pa	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 ture (mineurs) et lentilles par an et pa	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, jetables	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte state 1 ture (mineurs) et lentilles par an et pa Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte	350% BR 250% BR 150% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, jetables Chirurgie réfractive	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 Sture (mineurs) et lentilles par an et pa Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 ture (mineurs) et lentilles par an et pa Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 sture (mineurs) et lentilles par an et ps Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcte	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 sture (mineurs) et lentilles par an et ps Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcte Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 sture (mineurs) et lentilles par an et ps Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcte Reconnus comme praticiens par les annuaires pordessionnels Ostéodensitométrie osseuse	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte non couverte Base 1 ture (mineurs) et lentilles par an et ps Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil 5% du PMSS 3 x 25 € par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire 35% du PMSS par ceil 7% du PMSS
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcte Reconnus comme praticiens par les annuaires pordessionnels Ostéodonsitométrie osseuse Par bénéficiaire	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte Base 1 ture (mineurs) et lentilles par an et ps Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres ± montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œill 5% du PMSS	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire 35% du PMSS par ceil
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Paredontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponete Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels Dotéodensitométrie osseuse Par bénéficiaire Actes de Prévention	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte struce (mineurs) et lentilles par an et pa Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adu Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil 5% du PMSS 3 x 25 € par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N*2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n*3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire 35% du PMSS par an et par bénéficiaire 7% du PMSS 5 x 35 € par an et par bénéficiaire
Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Paredontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponete Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels Dotéodensitométrie osseuse Par bénéficiaire Actes de Prévention	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte non couverte Base 1 ture (mineurs) et lentilles par an et ps Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adul Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil 5% du PMSS 3 x 25 € par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire 35% du PMSS par ceil 7% du PMSS
Prothèses dentaires Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents du sourire Remboursées: dents de fond de bouche Inlays-cores Non remboursées par la Sécurité sociale Parodontologie Implantologie Garanties BASE CONVENTIONNELLE Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + mor Verres et Montures Lentilles Prescrites : Acceptée, refusée, Jetables Chirurgie réfractive Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) Acceptée par la Sécurité sociale Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcte Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels Ostéodenitométrie osseuse Par bénéficialire Actes de Prévention Tous les actes des contrats responsables Patch anti-tabac	150 % BR 125 % BR non couverte non couverte non couverte struce (mineurs) et lentilles par an et pa Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction non couverte non couverte non couverte non couverte	350% BR 250% BR 150% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°1 r bénéficiaire ; verres + montures (adu Grille Optique n°2 3% du PMSS par an et par bénéficiaire 22% du PMSS par œil 5% du PMSS 3 x 25 € par an et par bénéficiaire	450% BR 350% BR 175% BR non couverte non couverte 12% du PMSS par an et par bénéficiaire Option N°2 tes) une paire tous les deux ans Grille Optique n°3 5% du PMSS par an et par bénéficiaire 35% du PMSS par etil 7% du PMSS 5 x 35 € par an et par bénéficiaire

^{*} Tel que défini dans le Décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

JU 13 WP

Grille n°2	Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	ans Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2V+1M	Code LPP	LPP > 18	Rbt SS	Rbt Ass. (')	2V+1M
Verres Simple Foyer, S	phérique									
aphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70,00 €	257.74 €	2203240, 2267916	2,29 €	1,37 €	110,00€	349,45 €
sphère de -6.25 à -10 ou de -6,25 à +10	4, 2243540, 2291088, 2	26,68 €	16,01 €	90,00€	315,31 €	, 2265330, 2260660,	4,12€	2,47 €	130,00€	391,65 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	110,00 €	377,28 €	2235776, 2295896	7,62€	4,57 €	150,00 €	435,85 €
Verres Simple Foyer, Sphér	o-cylindriques									
cylindre x +4 aphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	80,00€	281,22€	2226412, 2259966	3,66€	2,20 €	120,00€	371,10 €
cylindra < +4 aphéra < -5 eu >+6	2219361, 2283953	36,28 €	21,77€	100,00€	346,83 €	2254668, 2284527	6,88€	4,12€	140,00€	414,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2266385	27,90 €	16,74€	120,00 €	376,77 €	2212976, 2252668	6,25€	3,75 €	160,00 €	454,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206600, 2245036	46,50 €	27,90 €	140,00 €	439,09 €	2286519, 2299523	9,45€	5,67 €	180,00€	498,04 €
Verres Multi-focaux ou Progre	ssifs Sphériques									
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	130,00 €	410,31 €	2290396, 2291183	7,32€	4,39 €	200,00€	535,49 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2236792	43,30 €	25,98 €	150,00 €	455,25 €	2245364, 2295196	10,82 €	6,49 €	220,00€	579,69 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs S	phéro-cylindriques	·								
aphère de -5 à +5	2240671, 2262221	43,60 €	26,16 €	160,00 €	475,61 €	2227036, 2299160	10,37 €	6,22 €	230,00€	599,15€
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97€	180,00€	543,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72€	250,00 €	656,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	85,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	125,00€	

Grille n°3		Enfants < 18 ans				Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	PP < 18 ans Rbt SS Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	
Verres Simple Foyer, S	Sphérique									
sphère de -6 à +6	2242457, 2261674	12,04 €	7,22€	80,00 €	292,74 €	2203240, 2287916	2,29€	1,37 €	120,00€	394,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	s, 2243540, 2291088, 2	26,68 €	18,01 €	100,00 €	350,31 €	, 2265330, 2260660,	4,12€	2,47 €	140,00€	436,65 €
aphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	120,00 €	412,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	160,00€	480,85 €
Verres Simple Foyer, Sphér	ro-cylindriques			•						
cylindre < +4 sphére de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	90,00 €	316,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	130,00€	416,10
cylindre « +4 sphère « -6 ou »+6	2219381, 2283953	38,28 €	21,77 €	110,00 €	381,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	150,00 €	459,94
cylindre > +4 sphére de -6 à +6	2236941, 2266365	27,90 €	18,74 €	130,00 €	411,77 €	2212976, 2252666	6,25€	3,75 €	170,00€	499,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206600, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €	474,09 €	2266519, 2299523	9,45 €	5,67 €	190,00 €	543,04
Verres Multi-focaux ou Progre	essifs Sphériques									
aphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	140,00 €	445,31 €	2290396, 2291183	7,32€	4,39 €	210,00€	580,49 €
sphère « -4 ou >+4	2202452, 2236792	43,30 €	25,98€	160,00€	490,25 €	2245364, 2295196	10,82 €	6,49 €	230,00€	624,69 €
res Multi-focaux ou Progressifs	Sphéro-cylindriqu	*								
8 - 8 de - 8 de - 8	2240671, 2262221	43,60 €	26,16 €	170,00 €	510,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	240,00€	644,15
sphère < -6 ou >+6	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	190,00 €	578,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72€	260,00 €	701,15€
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €		2223342	2.84 €	1.70 €	150.00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée

14 AP

50

Article 3

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la Direction Générale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et d'une demande d'extension.

Signataires

Signataires

Signataires

CFDT

CFE-CGC

CGT-FO

CFTC

Nom: Jérôme MORIN

with a scrolle wielding

Nom: Antoine PROST

UNSA

CGT

Nom: Bouziane BRINI

Nom: Yann POYET

Nom: Joël FRICAUD

Nom: Joël CHIARONI

CNEA

Nom: Jean-Luc PIEUCHOT

enga, yezhoù ar sant teny tedagoù han danvellet eo Utarre an event dezin da. Propie En la gendago d'ar de eus en enten euroa de danvellet eus eus de d'ardendezen.

a programmer make

research in the second