

Projet d'accord du 18 décembre 2014 instituant des garanties complémentaires en matière de remboursement de frais de santé, de prévoyance (incapacité, invalidité, décès) et de dépendance au profit des salariés du PMU

Le G.I.E. Pari Mutuel Urbain dont le siège est situé à Paris 15^{ème}, 2 rue du Professeur Florian Delbarre, représenté par M. Xavier Hürstel, Président Directeur Général,

Et

Les Organisations Syndicales Représentatives,

après avoir échangé lors des commissions paritaires des 6 novembre, 20 novembre et 16 décembre 2014,

ont arrêté les dispositions suivantes, en application de l'article L911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

PREAMBULE

La Direction et les Organisations Syndicales Représentatives se sont réunies afin de réviser les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficient les salariés du PMU depuis l'accord du 13 décembre 2007, en matière de remboursement complémentaire de frais de santé, de prévoyance (incapacité, invalidité, décès) et de dépendance.

Compte tenu de la complexité du sujet et de ses enjeux, la négociation a été précédée d'échanges avec les Organisations Syndicales Représentatives afin de mieux appréhender les régimes actuels, les évolutions possibles ainsi que les modifications législatives et réglementaires à intégrer.

A l'issue de ces travaux, la négociation s'est engagée dans une perspective visant à répondre à plusieurs objectifs majeurs pour l'entreprise et ses salariés :

- assurer aux salariés une couverture satisfaisante des principaux risques de la vie ;
- assurer les salariés au meilleur rapport qualité/prix possible ;
- se mettre en conformité avec les nouvelles règles d'exonérations sociales et fiscales en matière de régime de frais de santé (contrat responsable).

Le présent accord vise à instaurer et présenter les modalités et les garanties mises en place au profit des salariés du PMU en matière de :

- remboursement complémentaire de frais de santé (chapitre I) ;
- prévoyance : incapacité, invalidité et décès (chapitre II) ;
- dépendance (chapitre III).

CHAPITRE I – REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS DE SANTE

Article 1.1 – OBJET

L'objet du présent chapitre est d'instituer un système de garanties collectives complémentaire obligatoire de frais de santé, permettant aux salariés du PMU de bénéficier de prestations complétant celles servies par la Sécurité Sociale.

L'adhésion au contrat collectif d'assurance souscrit par le PMU auprès d'un organisme habilité est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

Article 1.2 – BENEFICIAIRES

Le présent régime de frais de santé bénéficie à l'ensemble des salariés du PMU, sans condition d'ancienneté, titulaires d'un contrat de travail en cours, à durée indéterminée ou déterminée, à temps plein ou à temps partiel, ainsi qu'aux mandataires sociaux.

L'adhésion des salariés au système de garanties collectives complémentaire de frais de santé revêt un caractère obligatoire.

Les salariés ont la possibilité d'opter pour une formule couvrant leurs ayants-droits (conjoint et enfants à charge), dans les conditions visées à l'article 1.3.

La notion de conjoint et d'enfant à charge est définie dans le contrat d'assurance et la notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Les garanties prennent fin le jour de la cessation du contrat de travail des salariés bénéficiaires, sous réserve des dispositions des articles 1.6 et 4.2.

Article 1.3 – COTISATIONS

a) *Structure et taux des cotisations*

• **Régime de base obligatoire**

Les salariés choisissent d'opter pour une couverture adaptée à leur situation personnelle :

- soit ils optent pour la formule « *Isolé* » : cette formule couvre uniquement le salarié ;
- soit ils optent pour la formule « *Famille* » : cette formule couvre le salarié ainsi que ses ayants-droits tels que définis à l'article 1.2.

Pour l'année 2015 :

Le taux de cotisation afférent à la formule « *Isolé* » s'élève à un montant correspondant à 2.16% du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2015.

Le taux de cotisation afférent à la formule « *Famille* » s'élève à un montant correspondant à 5.25% du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2015.

Pour l'Alsace-Moselle :

Pour l'année 2015 :

Le taux de cotisation afférent à la formule « *Isolé* » s'élève à un montant correspondant à 1.94% du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2015.

Le taux de cotisation afférent à la formule « *Famille* » s'élève à un montant correspondant à 4.65% du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2015.

• **Régime optionnel**

En complément de la formule base « *Isolé* » ou « *Famille* », les salariés peuvent choisir d'adhérer à un régime optionnel permettant d'améliorer les garanties du régime de base. L'adhésion du salarié au régime optionnel entraîne automatiquement l'adhésion de l'ensemble de ses ayants droit audit régime optionnel, s'ils sont couverts par le régime de base « *Famille* ».

Les cotisations suivantes s'ajoutent alors à la cotisation du régime de base « *Isolé* » ou « *Famille* » :

Option Adulte :

Pour l'année 2015, + 0.41% du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2015

Option Enfant :

Pour l'année 2015, + 0.24% du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2015

b) Répartition des cotisations

Le PMU prend en charge intégralement les cotisations correspondant à la formule du régime de base « *Isolé* » pour tous les salariés, quel que soit le régime souscrit.

Le salarié ayant opté pour la formule « *Famille* » prend en charge intégralement le différentiel de cotisation correspondant.

Les cotisations pour le régime optionnel sont intégralement prises en charge par chaque salarié adhérent volontaire.

c) Evolution des cotisations

En application du présent accord, l'obligation du PMU se limite au paiement des cotisations pour leurs taux et montants arrêtés à la date de conclusion dudit accord.

Toute modification de cotisations, à l'exception de celle résultant d'une évolution des dispositions législatives ou réglementaires ou de celle résultant d'un ratio sinistres sur primes déficitaire entraînant une majoration des cotisations inférieure à 10%, devra faire l'objet d'un avenant au présent accord.

Article 1.4 – GARANTIES

Le contenu des garanties est décrit en Annexe 1 et relève de la responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Ce contenu est susceptible d'évoluer à compter du 1^{er} janvier 2016, conformément au Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif aux contrats dits « responsables », et sous réserve de l'absence de nouvelle modification législative ou réglementaire.

Article 1.5 – EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par le PMU.

Dans une telle hypothèse, le PMU continue à verser la part patronale de cotisations pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié continue à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération (congé sans solde, congé parental...) peuvent demander le maintien du bénéfice du régime. Dans ce cas, ils sont redevables de la totalité de la cotisation (part salariale et part patronale).

Article 1.6 – CAS DES ANCIENS SALARIES

a) Les retraités au 31 décembre 2014

Les retraités, dont l'adhésion au régime est antérieure au 1^{er} janvier 2015, déjà couverts par l'assureur retenu bénéficient d'un régime spécifique indépendant appelé «*Régime Fermé*» dont l'accès est fermé à tout nouvel entrant au 1^{er} janvier 2015.

Ce régime leur permet de continuer à bénéficier des garanties telles que figurant en Annexe 2 et des cotisations dans les conditions en vigueur au 31 décembre 2014.

En cas de résultats déficitaires et hors modification législative, l'assureur retenu s'engage à limiter la hausse annuelle des cotisations à 7% sur une durée de 5 ans.

b) Les anciens salariés à compter du 1^{er} janvier 2015

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin, à compter du 1^{er} janvier 2015, les salariés quittant le PMU peuvent demander le maintien auprès de l'organisme assureur (ou de l'organisme gestionnaire) d'une couverture d'assurance individuelle de frais de santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical.

Les bénéficiaires visés par le présent article sont les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ainsi que les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Ils en sont informés au moment de la rupture de leur contrat de travail.

Les intéressés qui feront expressément la demande de maintien de couverture seront alors accueillis dans un régime indépendant de celui des salariés du PMU, appelé «*Régime d'accueil*».

La cotisation fixée dans le contrat d'assurance complémentaire santé choisi par l'ancien salarié sera à la charge exclusive de celui-ci.

CHAPITRE II – GARANTIES PREVOYANCE : INCAPACITE, INVALIDITE ET DECES

Article 2.1 – OBJET

L'objet du présent chapitre est d'instituer un système de garanties collectives complémentaire de prévoyance « incapacité, invalidité, décès », permettant aux salariés du PMU de bénéficier de prestations complétant celles servies par la Sécurité Sociale et les organismes de prévoyance complémentaires.

L'adhésion au contrat collectif d'assurance souscrit par le PMU auprès d'un organisme habilité est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

Article 2.2 – BENEFICIAIRES

Le présent régime de garanties prévoyance « incapacité, invalidité, décès » bénéficie à l'ensemble des salariés du PMU, sans condition d'ancienneté, titulaires d'un contrat de travail en cours, à durée indéterminée ou déterminée, à temps plein ou à temps partiel, ainsi qu'aux mandataires sociaux.

L'adhésion des salariés au système de garanties « incapacité, invalidité, décès » revêt un caractère obligatoire.

Les garanties prennent fin le jour de la cessation du contrat de travail des salariés bénéficiaires, sous réserve des dispositions de l'article 4.2.

Article 2.3 – COTISATIONS

a) Structure et taux des cotisations

Pour les salariés, Employés et Maîtrises, le taux de cotisation se décompose de la manière suivante :

0.79% du plafond annuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier de chaque année
+ 0.48% sur la tranche A des salaires
+ 1.16% sur la tranche B des salaires

Pour les salariés Cadres, le taux de cotisation se décompose de la manière suivante :

1.47% du plafond annuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier de chaque année
+ 0.47% sur la tranche A des salaires
+ 2.00% sur la tranche B des salaires
+ 2.00% sur la tranche C des salaires

b) Répartition des cotisations

Les cotisations ci-dessus définies sont prises en charge par le PMU et les salariés dans les proportions suivantes :

- 60% à la charge du PMU,
- 40% à la charge du salarié.

c) Evolution des cotisations

En application du présent accord, l'obligation du PMU se limite au paiement des cotisations pour leurs taux et montants arrêtés à la date de conclusion dudit accord.

Toute modification de cotisations, à l'exception de celle résultant d'une évolution des dispositions législatives ou réglementaires ou de celle résultant d'un ratio sinistres sur primes déficitaire entraînant une majoration des cotisations inférieure à 10%, devra faire l'objet d'un avenant au présent accord.

Article 2.4 – GARANTIES

Le contenu des garanties est décrit en Annexe 3 et relève de la responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Article 2.5 – EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par le PMU.

Dans une telle hypothèse, le PMU continue à verser la part patronale de cotisations pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié continue à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération (congé sans solde, congé parental...) peuvent demander le maintien du bénéfice du régime. Dans ce cas, ils sont redevables de la totalité de la cotisation (part salariale et part patronale).

Article 2.6 – GARANTIES EN CAS DE CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

En cas de changement d'organisme assureur, conformément à l'article L.912-3 du Code de la Sécurité Sociale, les rentes en cours de service à la date du changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, le PMU s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

CHAPITRE III – GARANTIES DEPENDANCE

Article 3.1 – OBJET

L'objet du présent chapitre est d'instituer un système de garanties permettant aux salariés du PMU en situation de dépendance de bénéficier de prestations complétant celles servies par la Sécurité Sociale.

Article 3.2 – BENEFICIAIRES

Le présent régime de garanties « Dépendance » bénéficie à l'ensemble des salariés du PMU, sans condition d'ancienneté, titulaires d'un contrat de travail en cours, à durée indéterminée ou déterminée, à temps plein ou à temps partiel, ainsi qu'aux mandataires sociaux.

La notion de dépendance est définie dans le contrat d'assurance et la notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

Article 3.3 – COTISATIONS

La cotisation mensuelle est fixée au 1^{er} janvier 2015 à 23,30€ par adhérent salarié et s'établira rétroactivement à 19,70€ dès le transfert de la provision pour risques croissants entre organismes assureurs.

Elle est prise en charge intégralement par le PMU au bénéfice de l'ensemble des salariés.

En application du présent accord, l'obligation du PMU se limite au paiement des cotisations pour leurs taux et montants arrêtés à la date de conclusion dudit accord.

Toute modification de cotisations, à l'exception de celle résultant d'une évolution des dispositions législatives ou réglementaires ou de celle résultant d'un ratio sinistres sur primes déficitaire entraînant une majoration des cotisations inférieure à 10%, devra faire l'objet d'un avenant au présent accord.

Les salariés peuvent choisir d'adhérer à des options complémentaires, en complément des garanties de base. Les cotisations correspondant à ces options sont intégralement prises en charge par les salariés.

Article 3.4 – GARANTIES

Le contenu des garanties est décrit en Annexe 4 et relève de la responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Article 3.5 – CAS DES ANCIENS SALARIES

A la cessation de leur contrat de travail, les salariés quittant le PMU peuvent demander à continuer à adhérer au système de garanties « Dépendance ».

Dans cette hypothèse, la cotisation est intégralement prise en charge par chaque adhérent aux mêmes conditions tarifaires que celles concernant les salariés du PMU.

Les salariés qui quittent le PMU et ne souhaitent pas continuer à adhérer au système de garanties « Dépendance » sont susceptibles de bénéficier de garanties telles que définies à l'Annexe 4 et dans les conditions précisées par la notice d'information.

Compte tenu de la résiliation du contrat avec l'AG2R, les retraités au 31 décembre 2014 qui bénéficiaient du contrat « Dépendance » AG2R se verront proposer la possibilité de :

- soit souscrire au contrat avec le nouvel organisme assureur Humanis, aux conditions tarifaires précisées à l'alinéa 1 du présent article;
- soit arrêter d'adhérer au système de garanties « dépendance ».

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS COMMUNES

Article 4.1 – INFORMATION DES SALARIES

Chaque salarié puis tout nouvel embauché recevra une notice d'information rédigée par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions du contrat, notamment les garanties et leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Les salariés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 4.2 – PORTABILITE

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les salariés dont le contrat de travail est rompu ou prend fin (hors cas de licenciement pour faute lourde) et ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage bénéficient du maintien des présents régimes frais de santé et prévoyance « incapacité, invalidité, décès » pour une durée de 12 mois maximum.

Les salariés concernés sont informés au moment de la rupture de leur contrat de travail des conditions d'application du dispositif et notamment de leur obligation d'informer l'assureur de leur situation au regard du régime d'assurance chômage, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 4.3 – COMMISSION DE SUIVI

Une commission de suivi de l'application du présent accord, composée de deux représentants par Organisation Syndicale Représentative, est mise en place.

Cette commission de suivi se substitue au groupe d'échanges instauré antérieurement par usage.

Elle se réunit au moins une fois par an, sur convocation de la Direction des Ressources Humaines.

Elle a pour mission de veiller à l'équilibre du contrat et à la bonne exécution du contrat par l'organisme assureur. Elle peut également formuler des recommandations en vue de garantir la pérennité du système.

Article 4.4 – DUREE DE L'ACCORD

Le présent accord annule et remplace l'accord du 13 décembre 2007 relatif aux régimes de garanties prévoyance, frais de santé et dépendance applicables au Pari Mutuel Urbain, révisé par l'avenant du 17 décembre 2009 et les accords salariaux des 11 février 2010 et 17 février 2012.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 1^{er} janvier 2015.

Une demande de révision de tout ou partie de l'accord peut être présentée à l'initiative de l'une ou l'autre des parties signataires. La révision est régie par les articles L 2261-7 et suivants du Code du travail.

L'accord peut être dénoncé à tout moment par l'une des parties signataires. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois. La dénonciation est régie par les articles L 2261-9 et suivants du Code du travail.

Article 4.5 – FORMALITES DE DEPOT

Le présent accord sera notifié aux Organisations Syndicales Représentatives par lettre recommandée avec accusé de réception, et déposé à la DIRECCTE et au greffe du Conseil de Prud'hommes, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Fait à Paris, le 18 décembre 2014

Pour les Organisations Syndicales

Pour le PMU
Xavier Hürstel
Président Directeur Général

Autonome

CFDT

FO

SHN/CFE-CGC

ANNEXES INFORMATIVES

- Annexe 1 :** Garanties Frais de santé
- Annexe 2 :** Garanties Frais de santé – Retraités au 31 décembre 2014
- Annexe 3 :** Garanties Prévoyance : Incapacité, Invalidité, décès
- Annexe 4 :** Garanties Dépendance (en cours de rédaction par Humanis ; document à transmettre ultérieurement)

PROJET

Garanties frais de santé

Annexe 1

➤ Prestations frais de santé de l'ensemble du personnel

Libelle des garanties	Régime de base obligatoire Montants des garanties en complément du montant remboursé par la sécurité sociale		Régime optionnel (y compris régime de base) Montants des garanties sous déduction du montant remboursé par la sécurité sociale	
	Conventionné	Non Conventionné	Conventionné	Non Conventionné
HOSPITALISATION				
Honoraires Médicaux	300% de la BR		400% de la BR	
Honoraires Chirurgicaux	300% de la BR		400% de la BR	
Frais de séjour chirurgicaux et médicaux	300% de la BR		400% de la BR	
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours pour la maternité)	2,50% PMSS par jour		4% PMSS par jour	
Forfait Journalier	100% FR		100% FR	
Lit d'accompagnant enfant de - de 12 ans	1% PMSS par jour		2% PMSS par jour	
FRAIS ET HONORAIRES MEDICAUX				
Consultations et visites d'un généraliste ou d'un spécialiste	160% de la BR		300% de la BR	
Actes de spécialité	160% de la BR		300% de la BR	
Auxiliaires médicaux - Frais de déplacement	160% de la BR		300% de la BR	
Radiologie	160% de la BR		300% de la BR	
Analyses et laboratoire	160% de la BR		300% de la BR	
Médecine douce : acuponcture chiropractie ostéopathes habilités à effectuer des actes prof	30 euros par séances limité à 2 actes par année civiles et par bénéficiaire		40 euros par séances limité à 5 actes par année civiles et par bénéficiaire	
PHARMACIE				
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale	100% Ticket Modérateur		100% Ticket Modérateur	
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité Sociale	100% des FR dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 euros		100% des FR dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 euros	

Libelle des garanties	Régime de base obligatoire Montants des garanties en complément du montant remboursé par la sécurité sociale	Régime optionnel (y compris régime de base) Montants des garanties sous déduction du montant remboursé par la sécurité sociale
TRANSPORT		
Frais de transport	100% de la BR	100% des FR
DENTAIRE		
Soins dentaires	100% Ticket Modérateur	100% Ticket Modérateur
Inlay et Onlay (SC)	450% de la BR	450% de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	450 % de la BR	500 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale	350 % de la BR	400 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	310 % de la BR	400 % de la BR
Actes HN de parodontologie	10% PMSS/an /bénéficiaire	10% PMSS/an /bénéficiaire
Implantologie	500 euros par implant avec un maximum de 3 implants par an et par bénéficiaire	700 euros par implant avec un maximum de 3 implants par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	1 équipement verres et monture par an et par bénéficiaire sauf changement de correction supérieure à 0,25 dioptries sur prescription médicale	1 équipement verres et monture par an et par bénéficiaire sauf changement de correction supérieure à 0,25 dioptries sur prescription médicale
Verres et Monture pris en charge par la Sécurité Sociale		
Monture	4% du PMSS	7% du PMSS
Adultes +18 ans	Par verre : 2 500% de la BR mini 120€/verre et maxi 400€/verre	Par verre : 3 750% de la BR mini 300€/verre et maxi 800€/verre
Enfants – 18 ans	Par verre : 1 000% de la BR maxi 250€/verre	Par verre : 1 500% de la BR maxi 300€/verre
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris les lentilles jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11% du PMSS
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	300€ par œil	600€ par œil

Libelle des garanties	Régime de base obligatoire Montants des garanties en complément du montant remboursé par la sécurité sociale	Régime optionnel (y compris régime de base) Montants des garanties sous déduction du montant remboursé par la sécurité sociale
APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèses diverses	200% BR	400% BR
Prothèses auditives et oculaires	300% BR	400% BR
Appareillages lié au handicap (assuré et ses bénéficiaires faisant l'objet d'une reconnaissance de travailleur handicapé)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50% du PMSS
CURES THERMALES		
Prise en charge par la Sécurité Sociale	Allocation forfaitaire annuelle et par bénéficiaire égale à 10% PMSS	Allocation forfaitaire annuelle et par bénéficiaire égale à 10% PMSS
MATERNITE		
Naissance	Allocation forfaitaire égale à 10% PMSS	Allocation forfaitaire égale à 10% PMSS
FRAIS D'OBSEQUES		
Assuré, conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin et enfant à charge	Transférer contrat prévoyance	Transférer contrat prévoyance
PREVENTION - Frais de prévention règlementaire	Prise en charge des actes de prévention figurant sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 : 100% du TM	Prise en charge des actes de prévention figurant sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 : 100% du TM

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur (= BR - RSS)

Garanties frais de santé

Annexe 2



➤ Prestations frais de santé du groupe fermé

Libelle des garanties	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculés sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale		REGIME DE BASE + OPTION 1 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous des prestations servies par la sécurité sociale		REGIME DE BASE + OPTION 2 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale	
	Conventionné	Non Conventionné	Conventionné	Non Conventionné	Conventionné	Non Conventionné
HOSPITALISATION						
Honoraires Médicaux	Ticket modérateur + 50% de la BR		Ticket modérateur + 100% de la BR		Ticket modérateur + 100% de la BR	
Honoraires Chirurgicaux	Ticket modérateur + 50% de la BR		Ticket modérateur + 100% de la BR		Ticket modérateur + 100% de la BR	
Frais de séjour chirurgicaux et médicaux	Ticket modérateur + 50% de la BR		Ticket modérateur + 100% de la BR		Ticket modérateur + 100% de la BR	
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours pour la maternité)	2,50% PMSS par jour		2,50% PMSS par jour		2,50% PMSS par jour	
Forfait Journalier	100% FR dans la limite de 18 euros par jour		100% FR dans la limite de 18 euros par jour		100% FR dans la limite de 18 euros par jour	
Lit d'accompagnant enfant de moins de 12 ans	néant		néant		néant	
PHARMACIE						
Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale	100% Ticket Modérateur		100% Ticket Modérateur		100% Ticket Modérateur	
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité Sociale	100% des FR dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 euros		100% des FR dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 euros		100% des FR dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 euros	

Libelle des garanties	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculés sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale	REGIME DE BASE + OPTION 1 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous des prestations servies par la sécurité sociale	REGIME DE BASE + OPTION 2 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale
FRAIS ET HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites d'un généraliste ou d'un spécialiste	Ticket modérateur + 50% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR
Actes de spécialité	Ticket modérateur + 50% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR
Radiologie	Ticket modérateur + 50% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR
Analyses et laboratoire	Ticket modérateur + 50% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR
Auxiliaires médicaux - Frais de déplacement	Ticket modérateur + 50% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR	Ticket modérateur + 125% de la BR
Médecine douce : acuponcture chiropractie ostéopathie habilité a effectué des actes prof			
TRANSPORT			
Frais de transport	100% Ticket Modérateur	100% de la BR	100% de la BR
Libelle des garanties	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculés sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale	REGIME DE BASE + OPTION 1 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous des prestations servies par la sécurité sociale	REGIME DE BASE + OPTION 2 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale
DENTAIRE			

Soins dentaires	100% Ticket Modérateur	100% Ticket Modérateur + 50% de la BR	100% Ticket Modérateur + 175% de la BR
Inlay et Onlay (SC)	néant	néant	néant
Prothèses dentaires et Inlay Onlay en SPR prises en charge par la Sécurité Sociale	260 % de la BR	307 % de la BR	432 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale	200 % de la BR	244 % de la BR	370 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	140 % de la BR	185 % de la BR	310 % de la BR
Actes HN de parodontologie			
Implantologie	300 euros par implant avec un maximum de 3 implants par an et par bénéficiaire	400 euros par implant avec un maximum de 3 implants par an et par bénéficiaire	500 euros par implant avec un maximum de 3 implants par an et par bénéficiaire

Libelle des garanties	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculés sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale	REGIME DE BASE + OPTION 1 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous des prestations servies par la sécurité sociale	REGIME DE BASE + OPTION 2 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale
OPTIQUE			
Verres et Monture pris en charge par la Sécurité Sociale			
Assuré	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 10,50% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 14% du PMSS
Conjoint	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 8% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 8,50 % du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11,50 % du PMSS
Enfants	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 9% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 9,50 % du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12,50 % du PMSS
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris les lentilles jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 8% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 8% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11% du PMSS
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	200€ par œil	250€ par œil	300€ par œil

Libelle des garanties	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculés sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale	REGIME DE BASE + OPTION 1 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous des prestations servies par la sécurité sociale	REGIME DE BASE + OPTION 2 (y compris les prestations versées au titre du contrat de base) Remboursements limités au plafond défini dans le tableau : calculé sur la base des FR sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale
APPAREILLAGE			
Orthopédie et prothèses diverses	140 % du MR	140 % du MR	140 % du MR + 125% de la BR
Prothèses auditives et oculaires	150% de la BR	150% de la BR	150% de la BR + 125% de la BR
Appareillages lié au handicap (assuré et ses bénéficiaires faisant l'objet d'une reconnaissance de travailleur handicapé)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50% du PMSS	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50% du PMSS
CURES THERMALES			
Prise en charge par la Sécurité Sociale	Allocation forfaitaire annuelle et par bénéficiaire égale à 250 euros	Allocation forfaitaire annuelle et par bénéficiaire égale à 280 euros	Allocation forfaitaire annuelle et par bénéficiaire égale à 280 euros
MATERNITE			
Naissance	Allocation forfaitaire égale à 280 euros	Allocation forfaitaire égale à 320 euros	Allocation forfaitaire égale à 320 euros
FRAIS D'OBSEQUES			
Assuré, conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin et enfant à charge	Allocation forfaitaire égale à 2 000 euros	Allocation forfaitaire égale à 2 000 euros	Allocation forfaitaire égale à 2 000 euros
PREVENTION - Frais de prévention réglementaire	Prise en charge des actes de prévention figurant sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 : 100% du TM	Prise en charge des actes de prévention figurant sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 : 100% du TM	Prise en charge des actes de prévention figurant sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 : 100% du TM

Garanties prévoyance

Annexe 3

➤ Prestations prévoyance cadres et non cadres

PREVOYANCE	Personnel Non cadre		Personnel Cadre	
CAPITAUX DECES	Option 1	Option 2	Option 1	Option 2
	Au choix de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du décès		Au choix de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du décès	
Décès / Invalidité Absolue et Définitive toutes causes				
Célibataire, Veuf, Divorcé, sans enfant à charge	125% du PASS + 125% TB	125% du PASS + 125% TB	180% du PASS + 180% TB TC	180% du PASS + 180% TB TC
Marié, Pacsé sans enfant à charge	220% du PASS + 220% TB	220% du PASS + 220% TB	310% du PASS + 310% TB TC	310% du PASS + 310% TB TC
Tout assuré avec un enfant à charge	270% du PASS + 270% TB	270% du PASS + 220% TB	420% du PASS + 420% TB TC	420% du PASS + 310% TB TC
Majoration par enfant supplémentaire à charge	50% du PASS + 50% TB	50% du PASS	110% du PASS + 110% TB TC	110% du PASS
Décès / Invalidité Absolue et Définitive suite à un accident du travail (hors trajet)				
Capital supplémentaire :				
Célibataire, Veuf, Divorcé, sans enfant à charge	220% du PASS + 220% TB	220% du PASS + 220% TB	220% du PASS + 220% TB TC	220% du PASS + 220% TB TC
Marié, Pacsé sans enfant à charge	270% du PASS + 270% TB	270% du PASS + 270% TB	270% du PASS + 270% TB TC	270% du PASS + 270% TB TC
Tout assuré avec un enfant à charge	280% du PASS + 280% TB	280% du PASS + 280% TB	280% du PASS + 280% TB TC	280% du PASS + 280% TB TC
Majoration par enfant supplémentaire à charge	10% du PASS + 10% TB	10% du PASS + 10% TB	10% du PASS + 10% TB TC	10% du PASS + 10% TB TC
DOUBLE EFFET				
En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint, versement par parts égales aux enfants restant à charge d'un capital :	100% du capital décès	100% du capital décès	100% du capital décès	100% du capital décès

PREVOYANCE	Personnel Non cadre		Personnel Cadre	
CAPITAUX DECES	Option 1	Option 2	Option 1	Option 2
	Au choix de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du décès		Au choix de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du décès	
RENTE EDUCATION - jusqu'au 11ème anniversaire de l'enfant - De 11 à 19 ans - De 19 ans à 21 ans (28 ans si poursuite des études) FRAIS D'OBSEQUES Décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant ou ascendant à charge (limité aux frais réels pour les enfants < 12 ans)	<i>(Rente doublée si orphelin de père et de mère)</i> 10% du PASS 15% du PASS 20% du PASS Allocation forfaitaire 2 000 €		<i>(Rente doublée si orphelin de père et de mère)</i> 10% du PASS 15% du PASS 20% du PASS Allocation forfaitaire 2 000 €	
INCAPACITE TEMPORAIRE - Rente d'incapacité toutes causes - Franchise	Limité à la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé 80% TA TB sous déduction des prestations SS En relais des droits pleins (100%) prévus par la Convention Collective Pour le personnel ne bénéficiant pas d'ancienneté suffisante, la franchise est de 12 mois		Limité à la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé 80% TA TB TC sous déduction des prestations SS En relais des droits pleins (100%) prévus par la Convention Collective Pour le personnel ne bénéficiant pas d'ancienneté suffisante, la franchise est de 12 mois	
- Rente d'incapacité permanente professionnelle résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle - Taux d'invalidité compris entre 33% et 66% - Taux d'invalidité > 66%	3/2N * 80% TA TB sous déduction Sécurité Sociale et ORPESC 80% TA et TB sous déduction Sécurité Sociale et ORPESC N = Taux d'incapacité permanente professionnelle		3/2N * 80% TA TB sous déduction Sécurité Sociale et ORPESC 80% TA et TB sous déduction Sécurité Sociale et ORPESC N = Taux d'incapacité permanente professionnelle	

PREVOYANCE	Personnel Non cadre		Personnel Cadre	
CAPITAUX DECES	Option 1	Option 2	Option 1	Option 2
	Au choix de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du décès		Au choix de l'assuré ou du bénéficiaire au moment du décès	

INVALIDITE PERMANENTE	Personnel Non cadre	Personnel Cadre
Rente d'invalidité toutes causes - 1ère catégorie - 2ème catégorie - 3ème catégorie	Indemnisation sous déduction des prestations versées par la SS et par l'ORPESC 48% TA TB 80% TA TB 80% TA TB	Indemnisation sous déduction des prestations versées par la SS et par l'ORPESC 48% TA TB TC 80% TA TB TC 80% TA TB TC