



**ACCORD COLLECTIF DE GROUPE
FORMALISANT DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE
REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ**

**GENERAL ELECTRIC
20 octobre 2017**

ALP
AB *Dr*
J.A.



Accord collectif de groupe formalisant des régimes complémentaires de remboursement de frais de santé

Entre les soussignées

les sociétés du groupe General Electric listées à l'annexe 1 du présent accord, représentées par Madame Agnès Bensoussan, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines France, mandatée à cet effet par l'ensemble des sociétés concernées (annexe 2),

d'une part,

et,

les organisations syndicales représentatives de salariés au sein du périmètre constitué par les sociétés du Groupe General Electric susmentionnées :

- le syndicat CFDT représenté par M. Xavier LE PENNEC en sa qualité de délégué syndical mandaté
- le syndicat CFE-CGC représenté par M. Dominique JEANNENOT en sa qualité de délégué syndical mandaté
- le syndicat CGT représenté par M. Jean ARMANDO en sa qualité de délégué syndical mandaté

d'autre part.



PRÉAMBULE

Les sociétés composant le groupe General Electric en France appliquent, à ce jour, des régimes de remboursement de frais de santé dont les caractéristiques et les niveaux de prestations sont très hétérogènes.

L'objectif des parties au présent accord est donc de proposer une solution visant à :

- homogénéiser et rationaliser l'ensemble des dispositifs en présence,
- tout en préservant des niveaux de prestations les plus proches possibles de ceux dont les salariés bénéficient actuellement,
- et en rendant responsables les dispositifs qui ne l'étaient pas encore.

Cette démarche a conduit à imaginer un fonctionnement organisé autour, principalement, de quatre modules.

Plus précisément, le présent accord :

- met en place, pour l'ensemble des sociétés entrant dans son champ d'application :
 - un régime socle obligatoire dont les garanties, par défaut, correspondent au Module 1, cofinancé par les employeurs et les salariés.

Ainsi, ces sociétés appliqueront, a minima, ce dispositif obligatoire.

- un régime *sur-complémentaire* non responsable obligatoire et cofinancé par les employeurs et les salariés.

En effet, les parties au présent accord ont convenu qu'un tel régime était absolument nécessaire compte-tenu de l'impact du nouveau cahier des charges des contrats responsables sur certaines prestations.

Les sociétés devront donc toutes appliquer ce régime *sur-complémentaire*, et ce quel que soit le régime *socle* mis en place par la société (Module 1, 2, 3 ou 4) et dont bénéficient leurs salariés.

- permet aux sociétés entrant dans son champ d'application d'améliorer le niveau des garanties du régime *socle* obligatoire (en y substituant les garanties des Modules 2, 3 ou 4) ou d'adopter une répartition de la cotisation, entre l'employeur et le salarié, plus favorable à ce dernier que celle prévue par le présent accord pour le Module 1 *socle* et le régime *sur-complémentaire*. À titre d'information, l'annexe 3 indique, pour les sociétés visées à l'annexe 1, le module le plus proche de leur régime actuel.



Cette mise en place sera effectuée :

- dans les entreprises où il y a un ou plusieurs délégués syndicaux, par la négociation et la conclusion d'un accord d'entreprise.
- dans les entreprises où il n'y a pas de délégué syndical (mais y compris s'il existe un comité d'entreprise), par une décision unilatérale de l'employeur formalisée dans un écrit remis à chaque intéressé.
- offre la possibilité à tous les salariés des sociétés concernées par le présent accord, de bénéficier d'une couverture améliorée par rapport à celle applicable dans leur entreprise. Pour ce faire, les Modules 2, 3 et 4 sont également proposés aux salariés sous forme d'option facultative. Si un salarié choisit une option, celle-ci est entièrement à sa charge.

L'objectif des parties au présent accord est ici d'accompagner les salariés tout au long de leur carrière dans le groupe, en leur offrant la possibilité de changer de poste ou de se réorienter dans un domaine différent, tout en ayant la possibilité de conserver une couverture d'un niveau similaire, et ce quelle que soit l'entité qui les emploie.

Le schéma global de ce dispositif est illustré dans l'annexe 11.

Le présent accord est composé de trois chapitres :

- CHAPITRE I. - Dispositions générales
- CHAPITRE II. - Régimes obligatoires (Module 1 et *sur-complémentaire*) et régimes optionnels facultatifs (Modules 2, 3 et 4)
- CHAPITRE III. - Mise en œuvre des Modules 2, 3 ou 4 de façon obligatoire ou d'une répartition dérogatoire sur le Module 1 et le régime *sur-complémentaire*.

Afin de mener à bien l'ensemble de ces objectifs, le présent accord se substitue intégralement :

- à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, de décisions unilatérales, d'usages ou de toute autre pratique en vigueur au sein des sociétés visées en annexe 1, et ayant le même objet et,
- aux articles portant sur ce thème, et figurant dans les accords relatifs à la Cessation anticipée d'activité des travailleurs ayant été exposés à l'amiante.



Par ailleurs, il constitue l'accord de substitution, au sens de l'article L. 2261-10 du Code du travail, suite à la dénonciation de l'accord collectif de substitution formalisant des régimes complémentaires de remboursement de frais de santé conclu le 9 décembre 2016.

Après information et consultation des comités d'entreprise des sociétés listées à l'annexe 1, il a été décidé ce qui suit :



CHAPITRE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE I.1. OBJET

Le présent accord formalisant les régimes de remboursement de frais de santé au sein des sociétés listées à l'annexe 1 a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés bénéficiaires aux contrats d'assurance collective souscrits par chaque société.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative du présent accord par avenant.

ARTICLE I.2. CHAMP D'APPLICATION ET ÉVOLUTION DU PÉRIMÈTRE

Art. I.2.1. Champ d'application

Cet accord s'applique au sein du périmètre constitué par les sociétés listées à l'annexe 1.

Les comités d'entreprise ou d'établissement de ces sociétés auront la possibilité d'étendre ces garanties à leurs salariés.

Art. I.2.2. Évolution du périmètre

Conditions d'entrée d'une nouvelle société dans le champ d'application du présent accord

Toute société dont le siège social ou un établissement est situé sur le territoire français et dont General Electric Company (USA) possède soit directement soit indirectement plus de la moitié du capital, est éligible à entrer dans le périmètre du présent accord.

À la date de la signature du présent accord, les sociétés entrant dans le périmètre sont listées à l'annexe 1.

Toute société respectant les conditions d'entrée précédemment définies a la possibilité d'entrer dans le champ d'application du présent accord. Dans cette hypothèse, un avenant au présent accord portant modification de l'annexe 1 formalise l'entrée de cette société dans son champ d'application.



Conditions de sortie d'une société du champ d'application du présent accord

Toute société qui ne remplirait plus les conditions d'entrée précédemment définies sortira du champ d'application du présent accord.

Cette sortie du champ d'application du présent accord se fera dans le respect des délais prévus à l'article L. 2261-14 du Code du travail. Pendant la période où l'accord continue de s'appliquer dans l'entreprise, celle-ci continue également de bénéficier des contrats d'assurance correspondants.

Un avenant au présent accord portant modification de l'annexe 1 formalisera la sortie de cette société de son champ d'application.

Sort des réserves

Les éventuelles réserves des régimes constituent le résultat de la solidarité mise en place. Toute société (ou groupe de sociétés) qui sort du champ d'application du présent accord ne peut, en principe, prétendre à la mise à disposition d'une partie d'éventuelles réserves.

Néanmoins, si la société (ou le groupe de sociétés) représentait plus de 6% des cotisations globales, patronales et salariales, des douze derniers mois précédant la sortie, elle pourrait prétendre à une quote-part des réserves qui ne pourrait dépasser le pourcentage correspondant à sa contribution sur cette même période.

ARTICLE I.3. MUTUALISATION DES MODULES 1, 2, 3 ET 4

La mutualisation des résultats techniques sera opérée entre les différentes sociétés, tous modules confondus.

Une mutualisation des résultats techniques pourra également être opérée avec des sociétés n'entrant pas dans le périmètre du présent accord mais remplissant les conditions de l'Art. I.2.2.

Dans cette hypothèse un avenant au présent accord sera conclu pour acter cette décision.

ARTICLE I.4. INFORMATION

En leur qualité de souscripteur, les sociétés listées en annexe 1 remettent à chaque salarié concerné et à tout nouvel embauché des notices d'information détaillées pour chaque régime (*sur-complémentaire* obligatoire et, selon le schéma concernant le salarié,



potentiellement les Modules 1, 2, 3 et 4), établies par l'organisme assureur. Il en sera de même à chaque modification ultérieure des contrats.

ARTICLE I.5. COMMISSION PARITAIRE DE SUIVI

Art. I.5.1. Composition de la Commission paritaire de suivi

Il est mis en place une Commission paritaire de suivi des régimes définis au présent accord, composée de quatre représentants désignés par chaque organisation syndicale signataire, parmi les salariés des sociétés listées à l'annexe 1, et de quatre représentants des Directions des sociétés précitées.

Elle est présidée par un représentant de la Direction.

Art. I.5.2. Attributions de la Commission paritaire de suivi

La Commission paritaire de suivi est notamment :

- chargée du contrôle de la bonne application des contrats et des dispositions du présent accord ainsi que du suivi des régimes,
- responsable de l'évolution des taux d'appel,
- responsable de l'utilisation des réserves, dans le cadre du présent accord,
- chargée de la détermination de la quote-part des réserves allouée à toute société (ou groupe de sociétés) quittant le champ d'application du présent accord,
- chargée de la détermination des sommes versées dans le fonds social, dans les limites prévues à l'Article I.6 du présent accord,
- chargée de l'étude des cas pouvant éventuellement bénéficier du fonds social prévu à l'Article I.6 du présent accord.

Elle peut faire des observations ou des recommandations, proposer des améliorations et peut également demander des audits.

Art. I.5.3. Information de la Commission paritaire de suivi

La Commission reçoit toutes les informations nécessaires et utiles :

- à la prise de décision,
- au suivi des dispositions du présent accord,



et ce dans un délai raisonnable.

L'ensemble des documents afférents aux contrats (protocole technique et financier, conventions de services, contrats d'assurance, règlement intérieur du fonds social et du fonds de solidarité pour les retraités, les mandats des sociétés au DRH de GE France,...) sera remis aux membres de la Commission.

Art. I.5.4. Réunions et décisions de la Commission paritaire de suivi

La Commission se réunira deux fois par an, sur convocation de la Direction pour examiner les résultats des contrats, notamment en présence des assureurs et du conseil de la Direction.

Toutefois, en cas de nécessité (actualité législative ou réglementaire, modification du régime à venir, etc.), la Direction a la possibilité d'organiser une ou plusieurs réunions supplémentaires.

Si les questions abordées le justifient, les membres de la Commission ont la possibilité d'inviter un intervenant interne au groupe ou extérieur à celui-ci.

Par principe, un procès-verbal de réunion sera rédigé à l'issue de chaque réunion, sous la responsabilité de la Direction. Les parties se réservent le droit de faire appel à un intervenant extérieur pour cette prestation.

Chaque organisation syndicale dispose d'une voix. Les représentants des Directions des sociétés disposent, au global, d'un nombre de voix identique à celui de l'ensemble des organisations syndicales.

Les décisions sont prises à la majorité des voix, dès lors que les organisations syndicales qui approuvent la décision atteignent au moins 50% de représentativité au sens de la loi du 20 août 2008.

ARTICLE I.6. FONDS SOCIAL

Si le résultat du dispositif (i.e. l'agrégation des modules 1, 2, 3 et 4) est positif, la Commission peut décider d'allouer des sommes dans un fonds social. Ces sommes ne peuvent être supérieures à 25% des résultats positifs, avec un plafond annuel de 75 000 €. Le prélèvement est alors opéré selon une répartition entre les réserves issues des cotisations patronales et celles issues des cotisations salariales, correspondant à la répartition moyenne des cotisations au sein des modules 1, 2, 3 et 4.

Un règlement intérieur sera remis à la Commission paritaire au plus tard le 1^{er} janvier 2018 afin de déterminer les modalités d'utilisation et de fonctionnement de ce fonds social qui,



en tout état de cause ne pourra être utilisé que pour verser des prestations complémentaires de remboursement de frais de santé au sens auquel l'entend la Direction de la Sécurité sociale.

ARTICLE I.7. SOLIDARITÉ AU PROFIT DES RETRAITÉS

Si le résultat du dispositif (i.e. l'agrégation des modules 1, 2, 3 et 4) est positif, et après affectation au fonds social, le présent accord organise une solidarité au profit des retraités, sous la forme d'une aide au financement de leur(s) régime(s) de remboursement de frais de santé.

Cette aide ne sera disponible qu'aux retraités ayant adhéré aux régimes d'accueil définis à l'Art. II.1.3 du présent accord.

Son financement :

- se fera exclusivement sur les réserves issues des cotisations salariales, après affectation de la quote-part salariale consacrée à l'alimentation du fonds social.

Cette part sera déterminée en référence à la répartition moyenne des cotisations, entre l'employeur et les salariés, au sein des modules 1, 2, 3 et 4.

- correspondra à 50% du résultat susmentionné ainsi obtenu.

Ce fonds est un mode de financement à cotisations définies des régimes frais de santé des retraités mais ne donne droit à aucune prestation définie, même différée, au moment du départ à la retraite.

Un règlement intérieur sera remis à la Commission paritaire au plus tard le 1^{er} janvier 2018 afin de déterminer les modalités d'utilisation et de fonctionnement de ce fonds de solidarité au profit des retraités.

ARTICLE I.8. DURÉE – RÉVISION – DÉNONCIATION

Art. I.8.1. Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2018.

Il se substitue intégralement :

- à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, de décisions unilatérales, d'usages ou de toute autre pratique en vigueur au sein des sociétés visées en annexe 1, et ayant le même objet,



- aux articles portant sur ce thème, et figurant dans les accords relatifs à la Cessation anticipée d'activité des travailleurs ayant été exposés à l'amiante.

Par ailleurs, il constitue l'accord de substitution, au sens de l'article L. 2261-10 du Code du travail, suite à la dénonciation de l'accord collectif de substitution formalisant des régimes complémentaires de remboursement de frais de santé conclu le 9 décembre 2016.

Art. I.8.2. Révision

Le présent accord pourra à tout moment être modifié, en respectant la procédure prévue aux articles L. 2261-7-1 et suivants du Code du travail.

La demande de révision peut intervenir, à tout moment, à l'initiative de l'employeur ou de l'une des organisations syndicales habilitées à engager la procédure de révision en application de l'article L. 2261-7-1. Cette demande devra faire l'objet d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'intégralité des organisations syndicales précitées, et le cas échéant à l'employeur.

L'employeur et les organisations syndicales précitées se réuniront, au plus tard dans un délai d'un mois, à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Art. I.8.3. Dénonciation

Les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de deux mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt.

Les conséquences de cette dénonciation sont régies, notamment, par les articles L. 2261-10 et L. 2261-11 du Code du travail.

ARTICLE I.9. DÉPÔT ET PUBLICITÉ

Un exemplaire du présent accord sera déposé auprès de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.



Le dépôt sera accompagné des pièces listées à l'article D. 2231-7 du Code du Travail et une version sur support électronique sera également communiquée à la DIRECCTE.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans le périmètre de ces sociétés et non signataires de celui-ci.

Enfin, le présent accord sera transmis aux représentants du personnel des sociétés concernées et mention en sera faite sur les panneaux réservés à la Direction pour sa communication avec le personnel ainsi que sur intranet.

REP 05
J.A.
AB



CHAPITRE II. RÉGIMES OBLIGATOIRES (MODULE 1 ET SUR-COMPLÉMENTAIRE) ET RÉGIMES OPTIONNELS FACULTATIFS (MODULES 2, 3 ET 4)

ARTICLE II.1. SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES

Art. II.1.1. Généralités

Régime socle obligatoire (module 1)

Sont bénéficiaires de ce régime l'ensemble des salariés des sociétés visées à l'annexe 1, sauf lorsque la société a rendu obligatoire en son sein le module 2, 3 ou 4.

Régime sur-complémentaire obligatoire

Sont bénéficiaires de ce régime l'ensemble des salariés des sociétés visées à l'annexe 1, quel que soit le module appliqué de façon obligatoire dans la société qui les emploie.

Régimes optionnels facultatifs (module 2, 3 ou 4)

Afin de bénéficier de prestations plus importantes, l'ensemble des salariés des sociétés visées à l'annexe 1 ont la possibilité d'adhérer individuellement à des options facultatives correspondant aux modules 2, 3 ou 4 en fonction du module obligatoire appliqué par la société qui les emploie :

- si l'entreprise applique le module 1 à titre obligatoire, les salariés ont la possibilité d'opter pour le module 2, 3 ou 4 de façon facultative,
- si l'entreprise applique le module 2 à titre obligatoire, les salariés ont la possibilité d'opter pour le module 3 ou 4 de façon facultative,
- si l'entreprise applique le module 3 à titre obligatoire, les salariés ont la possibilité d'opter pour le module 4 de façon facultative.

Art. II.1.2. 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,



d'indemnités journalières complémentaires ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par l'employeur,

- dans le cadre d'un congé parental d'éducation à temps plein pendant une durée de six mois.

Dans ces deux cas, la société continue de verser sa contribution employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Les cotisations salariales continuent d'être appelées par l'intermédiaire de la fiche de paye.

Dans les autres cas de suspension de contrat de travail (notamment en cas de congé de sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation à temps plein après les six mois, etc.) les garanties sont suspendues.

Les salariés concernés ont toutefois la faculté de continuer à adhérer aux régimes à titre individuel, dans les mêmes conditions qu'en activité, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante et dans les conditions prévues aux contrats d'assurance.

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser, dans les trente jours suivants la suspension de son contrat, par mandat SEPA ses numéros IBAN et BIC au gestionnaire ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Art. II.1.3. Bénéficiaires des régimes d'accueil facultatifs

Des régimes d'accueil facultatifs sont accessibles aux personnes remplissant les conditions définies en annexe 10 du présent accord. La couverture comporte au minimum un régime choisi parmi les Modules 1, 2, 3 et 4, pouvant être complété par un régime *sur-complémentaire*.

La gestion de ces régimes d'accueil fait l'objet de statistiques et d'un compte de résultat distincts. À l'exception des dispositions de l'Article I.7, aucun transfert de recettes ou de charges ne pourra avoir lieu entre les régimes des actifs et les régimes d'accueil. En particulier, aucune mutualisation des résultats techniques ne pourra avoir lieu entre les régimes des actifs et les régimes d'accueil.

Art. II.1.4. Cessation anticipée d'activité des travailleurs ayant été exposés à l'amiante (CAATA)

Les anciens salariés des sociétés visées à l'annexe 1 ayant quitté leur entreprise dans le cadre du dispositif de Cessation Anticipée d'Activités des Travailleurs de l'Amiante

ALP DT
AB J.A.



(« CAATA ») et qui bénéficient actuellement d'un régime de remboursement de frais de santé financé par leur ancien employeur bénéficiaire, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, des régimes *socle* correspondant au module 1 (ou au module 2, 3 ou 4 si l'entreprise a fait le choix de l'appliquer à titre obligatoire) et *sur-complémentaire* ainsi que des options facultatives (modules 2, 3 et 4), objets dudit accord, dans les mêmes conditions que les salariés actifs et pendant la durée de leur période de CAATA.

En outre, bénéficient de la protection sociale complémentaire, objet du présent accord, les salariés qui quitteraient les sociétés listées à l'annexe 1 dans le cadre d'un départ en CAATA, c'est-à-dire les salariés, présents à l'effectif à la date de la signature du présent accord, dont le départ résulte soit :

- de leur appartenance, à la date de signature du présent accord, à un établissement classé des sociétés listées en annexe 1 figurant sur une liste établie par arrêté ministériel,
- d'une maladie professionnelle liée à l'amiante, relative aux tableaux 30 et 30 bis des maladies professionnelles, reconnue avant le départ en CAATA.

Les intéressés ont la possibilité de rester affilié après leur départ aux régimes *socle* correspondant au module 1 (ou au module 2, 3 ou 4 si l'entreprise a fait le choix de l'appliquer à titre obligatoire) et *sur-complémentaire* pendant la durée du dispositif CAATA. Les cotisations correspondantes sont alors prises en charge en partie par l'entreprise de rattachement au moment du départ du salarié, au même pourcentage que pour les actifs. Par ailleurs, les options restent accessibles aux anciens salariés, ces derniers assumant l'intégralité des coûts y relatifs.

Les taux de cotisations sont ceux applicables dans le cadre du présent accord et les cotisations seront assises sur la moyenne des douze dernières rémunérations mensuelles telles que définies à l'art. L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

Toute cessation de paiement de la part salariale des cotisations par le l'ancien salarié entraînera, après une mise en demeure de régularisation restée sans suite, la fin de la couverture et aussi la fin de la prise en charge de la part patronale.

Le salarié est tenu d'adresser au service RH de son employeur par courrier quinze jours avant son départ effectif :

- son éventuelle demande de maintien de l'adhésion à un des régimes optionnels et/ou régime *sur-complémentaire*,
- un mandat SEPA précisant ses numéros IBAN et BIC,
- une autorisation de prélèvement au profit de l'organisme assureur pour les quotes-parts restant à sa charge dûment remplie et signée.

AC P
AB
J-A



ARTICLE II.2. ADHÉSION

Art. II.2.1. Régimes *socle* (module 1) et *sur-complémentaire* : caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion aux régimes *socle* (module 1) et *sur-complémentaire* est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires mentionnés aux Art. II.1.1 et Art. II.1.2 du présent accord. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Par ailleurs, à leur initiative, les salariés peuvent se dispenser d'adhérer à la couverture frais de santé obligatoire, constituée des régimes *socle* (module 1) et *sur-complémentaire* s'ils respectent les conditions prévues aux articles L. 911-7, III alinéas 2 et 3, et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans un délai d'un mois suivant les événements visés à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale auprès de l'administration des ressources humaines (HROps/OneHR), et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires. Ces cas de dispenses sont repris dans l'annexe 7.

À défaut de respecter les prescriptions détaillées ci-dessus, le salarié, sera automatiquement affilié aux régimes obligatoires susmentionnés.

Art. II.2.2. Régimes optionnels facultatifs (modules 2, 3 ou 4)

Tous les salariés bénéficiaires mentionnés à l'Article II.1 ont la possibilité, s'ils le souhaitent d'adhérer individuellement au module 2, 3 ou 4, afin de bénéficier de prestations supérieures.

Les conditions d'exercice de cette option sont détaillées à l'annexe 9.

Cette adhésion fait l'objet d'une cotisation supplémentaire, distincte de celle destinée à financer les régimes obligatoires et financée intégralement par le salarié.

ARTICLE II.3. PRESTATIONS

Les prestations des régimes *socle* et *sur-complémentaire* ainsi que celles des options ouvertes aux salariés sont décrites dans l'annexe 4, à titre informatif. Elles ne constituent, en aucun cas, un engagement pour les sociétés visées à l'annexe 1, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés, qu'au seul paiement des cotisations.



Par conséquent, les prestations figurant à l'annexe 4 relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

ARTICLE II.4. COTISATIONS

Art. II.4.1. Taux, assiette, répartition

Les cotisations correspondent à un pourcentage des tranches A et B de la rémunération brute de chaque bénéficiaire.

La rémunération prise en compte s'entend comme la rémunération brute annuelle constituant l'assiette des cotisations sociales, telle que définie à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, :

- la Tranche A est égale à la partie de la rémunération comprise entre 0 et 1 plafond de la sécurité sociale et,
- la Tranche B correspond à partie de la rémunération comprise en 1 et 4 plafonds de la sécurité sociale.

Les taux de cotisations sont indiqués à l'annexe 5 du présent accord.

Toutes ces cotisations sont de type « Famille » i.e. sont identiques quelle que soit la situation familiale du salarié.

Par ailleurs, les options sont financées intégralement par le salarié.

À défaut de l'application des dispositions du CHAPITRE III. du présent accord, la part patronale des cotisations des régimes *socle* et *sur-complémentaire* s'élève à 50%.

Les cotisations du régime d'accueil sont mentionnées à l'annexe 6.

Art. II.4.2. Ayants droit

Les cotisations susmentionnées couvrent le salarié et ses éventuels ayants droit, tels que définis dans l'annexe 8. Cette annexe définit notamment la notion de « couple ».

L'adhésion des ayants droit est obligatoire. Par exception à l'Art. II.4.3, si le passage à cette adhésion obligatoire des ayants droit entraînerait un déséquilibre sensible du dispositif, le surcoût nécessaire au rétablissement de l'équilibre serait imputable uniquement aux cotisations salariales.



Lorsque les deux membres d'un couple travaillent dans des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord frais de santé, l'un d'entre eux peut demander à l'administration des ressources humaines (HROps/OneHR) à être dispensé d'adhérer aux régimes définis au présent accord. Il sera alors couvert en qualité d'ayant droit mais sera néanmoins automatiquement affilié en cas de séparation ou de départ de l'entreprise de l'autre membre du couple.

Le couple de salariés décide lui-même lequel des deux conjoints sera affilié aux régimes et lequel aura la qualité d'ayant droit.

Les salariés ont l'obligation d'informer la société de tout changement intervenu dans leur situation matrimoniale.

Art. II.4.3. Évolution ultérieure des cotisations

Il est expressément convenu que l'obligation de la société, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessus, pour leurs montants et taux arrêtés à cette date.

En conséquence, en cas d'évolution des cotisations, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres à primes, l'obligation de la société sera limitée au paiement des cotisations définies ci-dessus.

Cette évolution de cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

À défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

Toutefois, si l'évolution de chaque cotisation, prise individuellement, n'excède pas 5% de la précédente cotisation au titre du régime concerné, la Commission paritaire de suivi définie à l'Article I.5 peut approuver les nouvelles cotisations sans nécessiter une modification du présent accord. Dans ce cas, cette évolution sera répercutée dans les mêmes conditions que fixées initialement.

ARTICLE II.5. PORTABILITÉ DES RÉGIMES

Les régimes mentionnés au présent chapitre sont maintenus dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.



CHAPITRE III. MISE EN ŒUVRE DES MODULES 2, 3 OU 4 DE FAÇON OBLIGATOIRE OU D'UNE RÉPARTITION DÉROGATOIRE SUR LE MODULE 1 OU LE RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE

ARTICLE III.1. OBJET

Les sociétés visées à l'annexe 1 ont la possibilité de mettre en place un régime *socle* obligatoire plus favorable que celui prévu au CHAPITRE II. et correspondant au module 1.

Plus précisément, ces entreprises peuvent rendre obligatoire, en tant que régime *socle*, le module 2, 3 ou 4. À titre d'information, l'annexe 3 indique, pour les sociétés visées à l'annexe 1, le module le plus proche de leur régime actuel.

Par ailleurs, les sociétés visées à l'annexe 1 ont également la possibilité d'organiser une répartition des cotisations plus favorable aux salariés, pour le régime *socle* et pour le régime *sur-complémentaire*.

Dans cette hypothèse, la nouvelle répartition doit être identique entre le régime *socle* et le régime *sur-complémentaire*.

ARTICLE III.2. MODALITÉS DE MISE EN PLACE

Art. III.2.1. Forme de l'acte

La mise en œuvre des mesures prévues à l'Article III.1 implique :

- pour les entreprises au sein desquelles un ou des délégués syndicaux sont présents, de négocier et conclure un accord collectif,
- pour les entreprises au sein desquelles il n'y a pas de délégué syndical (et ce même s'il existe un comité d'entreprise), de rédiger une décision unilatérale remise à l'ensemble des salariés.

Art. III.2.2. Encadrement à l'entrée en vigueur

Sauf lorsque le salaire de référence précédemment appliqué diffère de celui défini à l'Art. II.4.1, les accords collectifs et décisions unilatérales résultant de l'application du présent Chapitre ne peuvent conduire à une augmentation du budget patronal en matière de frais de santé par rapport à celui de l'année 2017.

Par ailleurs, les pourcentages de part patronale résultant de l'application du présent Chapitre ne peuvent être inférieurs aux taux applicables en 2017 dans l'entreprise.



Enfin, afin de juger valablement de l'équilibre du dispositif harmonisé, aucune société ne pourra modifier le niveau de son module *socle* dans les deux premières années suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

À Boulogne-Billancourt, le 20 octobre 2017

Fait en huit exemplaires originaux, dont deux pour les formalités de publicité.

Pour la direction des sociétés concernées :

Madame Agnès Bensoussan, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines France

Pour les organisations syndicales représentatives :

- le syndicat CFDT représenté par M. Xavier LE PENNEC en sa qualité de délégué syndical mandaté

- le syndicat CFE-CGC représenté par M. Dominique JEANNENOT en sa qualité de délégué syndical mandaté

- le syndicat CGT représenté par M. Jean ARMANDO en sa qualité de délégué syndical mandaté

**ANNEXE 1****Liste des sociétés entrant dans le champ d'application du présent accord**

Entité	SIREN
Alstom Management SA	421 395 815
Alstom Power Conversion	424 897 692
Alstom Power Service	424 210 599
Alstom Power Systems	389 192 030
Alstom Boiler France	493 182 505
EMBIX	530 721 307
GE Eoliennes SN	792 719 270
GE Renewables Management (Ex-ARM)	404 434 946
GE Renewable Technologies	752 364 711
Grid Solutions SAS	389 191 800
GE Hydro France	327 948 907
GE IS&T	447 767 344
Laboratoire Oksman Séraphin	321 735 789
Protea	489 034 165
Alstom Wind France SAS	451 479 208
Alstom Wind France on-shore SAS	752 364 828
GE Aviation Systems France SàRL	418 177 762
GE Digital Services Europe	819 184 276
GE Energy Power Conversion France SAS	481 213 692
GE Energy Power Conversion Group SAS	505 015 206
GE Energy Products France	349 942 458
GE Energy Services France	303 447 338
GE Healthcare SAS	303 215 123
GE Healthcare Europe GmbH	397 590 092
GE International Inc.	662 047 216
GE Medical Systems SCS	315 013 359
GE Lighting	351 782 750
Parallel Design	424 704 914
GE Industrial Leasing France	808 574 628
GE Global Services GmbH	829 237 726
LM Wind Power Blades (France)	797 671 195
PK Air	444 063 135
GE Capital Aviation Solutions	479 636 698
GE Capital Funding Services	435 165 899
Nuovo Pignone SPA	753 976 505



ANNEXE 2

Mandats des sociétés au DRH de GE France

Le modèle de ces mandats est le suivant :

Utiliser le papier à en-tête de l'entité légale

General Electric

À l'att. de Mme Agnès Bensoussan
DRH France – CityLights
204, rond-point du Pont de Sèvres
92100 Boulogne-Billancourt

À [À compléter], le [À compléter]

Objet : mandat de négociation santé/prévoyance

Je soussigné(e), [à compléter], agissant en qualité de [à compléter] de la société [à compléter en indiquant la raison sociale, le type de société, l'adresse du siège social et le numéro d'enregistrement au RCS],

mandate, par la présente,

Madame Agnès Bensoussan, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines France pour le Groupe General Electric, aux fins :

- de négocier et de conclure :
 - ✓ l'accord collectif groupe relatif aux régimes de remboursement de frais de santé ainsi que ses éventuels avenants,
 - ✓ l'accord collectif de groupe relatif aux régimes de prévoyance ainsi que ses éventuels avenants.
- de mener les appels d'offres correspondant aux régimes susmentionnés afin de sélectionner le ou les organismes assureurs ainsi que le ou les organismes gestionnaires,
- de signer tous les documents contractuels afférents aux régimes susmentionnés et de procéder à toutes les opérations que pourrait nécessiter la vie de ces contrats (renégociation, signature d'avenants, résiliation...).

Signature

Détail exhaustif de tous les mandats :



20171020-MandatSantéPrévoyance-Signés.zip

Handwritten notes in blue ink: "A.P.", "D.A.", and "AB".

**ANNEXE 3**

Information permettant aux sociétés de connaître le module le plus proche de leur régime actuel

Entité	Module proche
Alstom Management SA	Module 1
Alstom Power Conversion	Module 1
Alstom Power Service	Module 1
Alstom Power Systems	Module 1
Alstom Boiler France	Module 1
EMBIX	Module 1
GE Eoliennes SN	Module 1
GE Renewables Management (Ex-ARM)	Module 1
GE Renewable Technologies	Module 1
Grid Solutions SAS	Module 1
GE Hydro France	Module 1
GE IS&T	Module 1
Laboratoire Oksman Séraphin	Module 1
Protea	Module 1
Alstom Wind France SAS	Module 1
Alstom Wind France on-shore SAS	Module 1
GE Aviation Systems France SàRL	Module 4
GE Digital Services Europe	Module 4
GE Energy Power Conversion France SAS	Module 1
GE Energy Power Conversion Group SAS	Module 1
GE Energy Products France	Module 2
GE Energy Services France	Module 4
GE Healthcare SAS	Module 4
GE Healthcare Europe GmbH	Module 4
GE International Inc.	Module 4
GE Medical Systems SCS	Module 4
GE Lighting	Module 4
Parallel Design	Module 4
GE Industrial Leasing France	Module 4
GE Global Services GmbH	Module 4
LM Wind Power Blades (France)	Module 1
PK Air	Module 4
GE Capital Aviation Solutions	Module 4
GE Capital Funding Services	Module 4
Nuovo Pignone SPA	Module 4

a.p.
DT
J-A.



ANNEXE 4
Description synthétique des quatre modules et de la sur-complémentaire obligatoire

	MODULE 1
	En complément des remboursements de la SS
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE (y compris maternité)	
Frais de séjour	300% BRSS
Honoraires médecins	OPTAM ou OPTAM CO : 300% BRSS NON OPTAM ou NON OPTAM CO : TM + 100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre Particulière	2,5% PMSS (y compris maternité)
Lit d'accompagnant	1,50% PMSS (enfant - de 16 ans)
FRAIS DE TRANSPORT (pris en charge par la Sécurité sociale)	TM
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations et Visites Généralistes	OPTAM : 150% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Consultations et Visites Spécialistes	OPTAM : 200% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Auxiliaires médicaux	150% BRSS
Radiologie prise en charge SS	OPTAM : 200% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Analyses médicales	150% BRSS
Actes techniques médicaux, actes de spécialités	OPTAM : 200% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SS	TM
MATERNITÉ	
Forfait maternité / adoption	300€ (doublé en cas de naissance gémellaire)
Forfait fécondation	Forfait Fécondation In Vitro : 100€
CURES	
Cures Thermales (prises en charge par la SS)	5% PMSS
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses (prises en charge par la SS)	200% BRSS
Prothèses auditives (prises en charge par la SS)	400% BRSS + 500€
OPTIQUE	
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale y compris jetables	Limitation à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas de changement de correction 5% PMSS TM au-delà du plafond
Intervention chirurgicale de l'œil	12% PMSS par œil + Garanties Extra Contractuelles : 50% FR limité à 500€/œil

ACP
 DT
 J.A.
 AB



MODULE 1	
En complément des remboursements de la SS	
DENTAIRE	Plafond dentaire à 80% PMSS par an et par bénéf (cf actes *) TM + 25% BR au-delà du plafond pour les prothèses dentaires remboursées par la SS
Soins dentaires	Hors stomatologue : 100% TM Stomatologue : 250% BRSS
Inlay Onlay	250% BRSS
Inlay -Core	225% BRSS*
Prothèses dentaires remboursées par la SS	350% BRSS*
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1)	280% BRR*
Orthodontie acceptée par la SS	250% BRSS
Orthodontie non remboursée par la SS(1)	280% BRR*
Implant	Limite de 3 implants par an et par bénéficiaire : 20% PMSS
Autres	Parodontologie : 50% FR limité à 500€/an/bénéf
<i>(1) Les actes non remboursés doivent être inscrits à la nomenclature et codifiés par le dentiste pour être pris en charge</i>	
ASSISTANCE	OUI
AUTRES GARANTIES	
Radiologie non prise en charge SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Densitométrie osseuse : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Scanner dentaire	+ Scanner dentaire : 100% FR - RSS maxi 180€ / an /bénéf.
Analyses non prises en charge par la SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Analyses médicales hors nomenclature : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Pharmacie non prise en charge par la SS	-
Contraception non prise en charge par la SS	100€/an/bénéf.
Sevrage tabagique	-
Vaccins non pris en charge par la SS	Garanties Extra Contract. : 80% FR
Médecine douce et autres praticiens	Garanties Extra Contractuelles : Chiropracteur - Acupuncteur - Ostéopathe - Etiopathe - Kinésithérapie méthode Mézières : 70% FR limité à 1 PMSS / 100 /séance et 10 séances/an/bénéf. Psychomotricien : 100% FR limité à 1 PMSS /150 /séance et 24 séances /an/bénéf.

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale
BRR : base de remboursement reconstituée
OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée
OPTAM CO : OPTAM chirurgie obstétrique

TM : ticket modérateur
PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale
FR : frais réels

ARR JF
 AB J.A.



	MODULE 2
	En complément des remboursements de la SS
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE (y compris maternité)	
Frais de séjour	400% BRSS
Honoraires médecins	OPTAM ou OPTAM CO : 400% BRSS NON OPTAM ou NON OPTAM CO : TM + 100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre Particulière	3,3% PMSS (y compris maternité)
Lit d'accompagnant	1,75% PMSS (enfant - de 16 ans)
FRAIS DE TRANSPORT (pris en charge par la Sécurité sociale)	TM
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations et Visites Généralistes	OPTAM : 200% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Consultations et Visites Spécialistes	OPTAM : 300% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Auxiliaires médicaux	200% BRSS
Radiologie prise en charge SS	OPTAM : 300% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Analyses médicales	200% BRSS
Actes techniques médicaux, actes de spécialités	OPTAM : 300% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SS	TM
MATERNITÉ	
Forfait maternité / adoption	300€ (doublé en cas de naissance gémellaire)
Forfait fécondation	Forfait Fécondation In Vitro : 100€
CURES	
Cures Thermales (prises en charge par la SS)	10% PMSS
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses (prises en charge par la SS)	300% BRSS
Prothèses auditives (prises en charge par la SS)	500% BRSS + 500€
OPTIQUE	Limitation à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas de changement de correction
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale y compris jetables	7% PMSS TM au-delà du plafond
Intervention chirurgicale de l'œil	15% PMSS par œil + Garanties Extra Contractuelles : 50% FR limité à 500€/œil



MODULE 2	
En complément des remboursements de la SS	
DENTAIRE	Plafond dentaire à 90% PMSS par an et par bénéf (cf actes *) TM + 25% BR au-delà du plafond pour les prothèses dentaires remboursées par la SS
Soins dentaires	Hors stomatologue : 100% TM Stomatologue : 350% BRSS
Inlay Onlay	350% BRSS
Inlay -Core	250% BRSS*
Prothèses dentaires remboursées par la SS	400% BRSS*
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1)	350% BRR*
Orthodontie acceptée par la SS	335% BRSS
Orthodontie non remboursée par la SS(1)	350% BRR*
Implant	Limite de 3 implants par an et par bénéficiaire : 27,5% PMSS
Autres	Parodontologie : 50% FR limité à 500€/an/bénéf
<i>(1) Les actes non remboursés doivent être inscrits à la nomenclature et codifiés par le dentiste pour être pris en charge</i>	
ASSISTANCE	OUI
AUTRES GARANTIES	
Radiologie non prise en charge SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Densitométrie osseuse : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Scanner dentaire	+ Scanner dentaire : 100% FR - RSS maxi 180€ / an /bénéf.
Analyses non prises en charge par la SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Analyses médicales hors nomenclature : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Pharmacie non prise en charge par la SS	-
Contraception non prise en charge par la SS	100€/an/bénéf.
Sevrage tabagique	-
Vaccins non pris en charge par la SS	Garanties Extra Contract. : 80% FR
Médecine douce et autres praticiens	Garanties Extra Contractuelles : Chiropracteur - Acupuncteur - Ostéopathe - Etiopathe - Kinésithérapie méthode Mézières : 70% FR limité à 1 PMSS / 100 /séance et 10 séances/an/bénéf. Psychomotricien : 100% FR limité à 1 PMSS /150 /séance et 24 séances /an/bénéf.

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

BRR : base de remboursement reconstituée

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM CO : OPTAM chirurgie obstétrique

TM : ticket modérateur

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

FR : frais réels

ALP
 J.A.
 AB



	MODULE 3
	En complément des remboursements de la SS
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE (y compris maternité)	
Frais de séjour	500% BRSS
Honoraires médecins	OPTAM ou OPTAM CO : 500% BRSS NON OPTAM ou NON OPTAM CO : TM + 100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre Particulière	4% PMSS (y compris maternité)
Lit d'accompagnant	3% PMSS (enfant - de 16 ans)
FRAIS DE TRANSPORT (pris en charge par la Sécurité sociale)	TM
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations et Visites Généralistes	OPTAM : 250% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Consultations et Visites Spécialistes	OPTAM : 350% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Auxiliaires médicaux	250% BRSS
Radiologie prise en charge SS	OPTAM : 350% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Analyses médicales	250% BRSS
Actes techniques médicaux, actes de spécialités	OPTAM : 350% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SS	TM
MATERNITÉ	
Forfait maternité / adoption	300€ (doublé en cas de naissance gémellaire)
Forfait fécondation	Forfait Fécondation In Vitro : 100€
CURES	
Cures Thermales (prises en charge par la SS)	15% PMSS
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses (prises en charge par la SS)	350% BRSS
Prothèses auditives (prises en charge par la SS)	500% BRSS + 500€
OPTIQUE	limitation à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas de changement de correction
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale y compris jetables	10% PMSS TM au-delà du plafond
Intervention chirurgicale de l'œil	20% PMSS par œil + Garanties Extra Contractuelles : 50% FR limité à 500€/œil



MODULE 3	
En complément des remboursements de la SS	
DENTAIRE	Plafond dentaire à 100% PMSS par an et par bénéf (cf actes *) TM + 25% BR au-delà du plafond pour les prothèses dentaires remboursées par la SS
Soins dentaires	Hors stomatologue : 100% TM Stomatologue : 375% BRSS
Inlay Onlay	375% BRSS
Inlay -Core	275% BRSS*
Prothèses dentaires remboursées par la SS	450% BRSS*
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1)	400% BRR
Orthodontie acceptée par la SS	400% BRSS
Orthodontie non remboursée par la SS(1)	375% BRR*
Implant	Limite de 3 implants par an et par bénéficiaire : 30% PMSS
Autres	Parodontologie : 50% FR limité à 500€/an/bénéf
<i>(1) Les actes non remboursés doivent être inscrits à la nomenclature et codifiés par le dentiste pour être pris en charge</i>	
ASSISTANCE	OUI
AUTRES GARANTIES	
Radiologie non prise en charge SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Densitométrie osseuse : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Scanner dentaire	+ Scanner dentaire : 100% FR - RSS maxi 180€ / an /bénéf.
Analyses non prises en charge par la SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Analyses médicales hors nomenclature : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Pharmacie non prise en charge par la SS	-
Contraception non prise en charge par la SS	100€/an/bénéf.
Sevrage tabagique	-
Vaccins non pris en charge par la SS	Garanties Extra Contract. : 80% FR
Médecine douce et autres praticiens	Garanties Extra Contractuelles : Chiropracteur - Acupuncteur - Ostéopathe - Etiopathe - Kinésithérapie méthode Mézières : 70% FR limité à 1 PMSS / 100 /séance et 10 séances/an/bénéf. Psychomotricien : 100% FR limité à 1 PMSS /150 /séance et 24 séances /an/bénéf.

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

BRR : base de remboursement reconstituée

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM CO : OPTAM chirurgie obstétrique

TM : ticket modérateur

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

FR : frais réels

Handwritten notes:
A.P.
A.B.
J.A.



	MODULE 4
	En complément des remboursements de la SS
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE (y compris maternité)	
Frais de séjour	700% BRSS
Honoraires médecins	OPTAM ou OPTAM CO : 700% BRSS NON OPTAM ou NON OPTAM CO : TM + 100% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Chambre Particulière	5% PMSS (y compris maternité)
Lit d'accompagnant	3,5% PMSS (enfant -16 ans)
FRAIS DE TRANSPORT (pris en charge par la Sécurité sociale)	TM
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations et Visites Généralistes	OPTAM : 300% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Consultations et Visites Spécialistes	OPTAM : 400% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Auxiliaires médicaux	300% BRSS
Radiologie prise en charge SS	OPTAM : 400% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
Analyses médicales	300% BRSS
Actes techniques médicaux, actes de spécialités	OPTAM : 400% BRSS NON OPTAM : TM +100% BRSS
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SS	TM
MATERNITÉ	
Forfait maternité / adoption	Forfait maternité/adoption : 300€ (doublé en cas de naissance gémellaire)
Forfait fécondation	Forfait Fécondation In Vitro : 100€
CURES	
Cures Thermales (prises en charge par la SS)	20% PMSS
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses (prises en charge par la SS)	400% BRSS
Prothèses auditives (prises en charge par la SS)	500% BRSS + 500€
OPTIQUE	Limitation à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas de changement de correction
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale y compris jetables	12% PMSS TM au-delà du plafond
Intervention chirurgicale de l'œil	25% PMSS par œil + Garanties Extra Contractuelles : 50% FR limité à 500€/œil



MODULE 4	
En complément des remboursements de la SS	
DENTAIRE	Plafond dentaire à 110% PMSS par an et par bénéf (cf actes *) TM + 25% BR au-delà du plafond pour les prothèses dentaires remboursées par la SS
Soins dentaires	Hors stomatologue : 100% TM Stomatologue : 400% BRSS
Inlay Onlay	400% BRSS
Inlay -Core	300% BRSS*
Prothèses dentaires remboursées par la SS	500% BRSS*
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1)	450% BRR
Orthodontie acceptée par la SS	450% BRSS
Orthodontie non remboursée par la SS(1)	450% BRR*
Implant	Limite de 3 implants par an et par bénéficiaire : 35% PMSS
Autres	Parodontologie : 50% FR limité à 500€/an/bénéf
<i>(1) Les actes non remboursés doivent être inscrits à la nomenclature et codifiés par le dentiste pour être pris en charge</i>	
ASSISTANCE	OUI
AUTRES GARANTIES	
Radiologie non prise en charge SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Densitométrie osseuse : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Scanner dentaire	+ Scanner dentaire : 100% FR - RSS maxi 180€ / an /bénéf.
Analyses non prises en charge par la SS / hors nomenclature	Garanties Extra Contractuelles : Analyses médicales hors nomenclature : 50% FR limité à 1PMSS/ 30
Pharmacie non prise en charge par la SS	-
Contraception non prise en charge par la SS	100€/an/bénéf.
Sevrage tabagique	-
Vaccins non pris en charge par la SS	Garanties Extra Contract. : 80% FR
Médecine douce et autres praticiens	Garanties Extra Contractuelles : Chiropracteur - Acupuncteur - Ostéopathe - Etiopathe - Kinésithérapie méthode Mézières : 70% FR limité à 1 PMSS / 100 /séance et 10 séances/an/bénéf. Psychomotricien : 100% FR limité à 1 PMSS /150 /séance et 24 séances /an/bénéf.

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

BRR : base de remboursement reconstituée

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM CO : OPTAM chirurgie obstétrique

TM : ticket modérateur

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

FR : frais réels

ALP
AB
DT
J.A.



Grille optique 2018

Une paire de lunettes tous les deux ans (sauf pour enfant moins de 18 ans et pour adulte en cas de changement de dioptries)	Module 1		Module 2		Module 3		Module 4	
	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
	par verre		par verre		par verre		par verre	
Monture	110 €	125 €	130 €	150 €	130 €	150 €	130 €	150 €
Verres simple Foyer Sphérique								
Sphère de -6 à +6	80 €	85 €	85 €	110 €	90 €	120 €	90 €	130 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90 €	100 €	130 €	140 €	140 €	165 €	140 €	175 €
Sphère < -10 ou >+10	100 €	125 €	130 €	175 €	140 €	200 €	140 €	225 €
Verres simple Foyer Sphéro - cylindriques								
Cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	85 €	90 €	90 €	120 €	100 €	130 €	100 €	140 €
Cylindre <= +4 sphère < -6 ou >+6	95 €	110 €	145 €	160 €	155 €	185 €	155 €	195 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	90 €	100 €	130 €	140 €	140 €	165 €	140 €	175 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	130 €	160 €	160 €	210 €	170 €	230 €	170 €	250 €
Verres progressifs Sphérique								
Sphère de -4 à +4	130 €	185 €	160 €	235 €	170 €	255 €	170 €	275 €
Sphère < -4 ou >+4	150 €	210 €	195 €	275 €	205 €	300 €	205 €	350 €
Verres progressifs Sphéro - cylindriques								
Sphère de -8 à +8	140 €	200 €	180 €	250 €	190 €	285 €	190 €	300 €
Sphère < -8 ou >+8	180 €	350 €	210 €	350 €	220 €	350 €	220 €	350 €

Sur-complémentaire

	SUR-COMPLÉMENTAIRE <i>(sous déduction des garanties de Base)</i>
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE (y compris maternité)	
Honoraires médecins	NON OPTAM ou NON OPTAM CO : 400% BRSS
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations et Visites Spécialistes	NON OPTAM : 400% BRSS
Radiologie prise en charge SS	NON OPTAM : 400% BRSS
Actes techniques médicaux, actes de spécialités	NON OPTAM : 400% BRSS



ANNEXE 5
Cotisations des régimes au 1^{er} janvier 2018

À titre indicatif, les cotisations des régimes définis dans le présent accord, pour 2018, sont les suivantes :

		Module 1	Module 2	Module 3	Module 4
Base, Régime Général (responsable, obligatoire)		2,521% TA & TB	2,221% TA & TB	2,135% TA & TB	2,551% TA & TB
Base, Alsace-Moselle (responsable, obligatoire)		1,689% TA & TB	1,666% TA & TB	1,708% TA & TB	2,168% TA & TB
Sur-complémentaire, RG & AM (non responsable, obligatoire)		0,111% TA & TB	0,111% TA & TB	0,111% TA & TB	0,111% TA & TB
Options RG & AM (respons- ables)	Si Module 1 en base		0,520% PMSS	0,857% PMSS	1,194% PMSS
	Si Module 2 en base			0,337% PMSS	0,674% PMSS
	Si Module 3 en base				0,337% PMSS
	Si Module 4 en base				

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale



ANNEXE 6

Cotisations au régime d'accueil

À titre indicatif, les cotisations du régime d'accueil pour 2018 seront les suivantes :

Dans le régime général

Pour les adultes (cotisations en % du PMSS) :

		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année
Régime de base	Module 1	2,78%	2,78%	2,78%	2,78%
	Module 2	3,12%	3,12%	3,12%	3,12%
	Module 3	3,94%	3,94%	3,94%	3,94%
	Module 4	4,37%	4,48%	4,48%	4,48%
Surcomplémentaire	Module 1	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%
	Module 2	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%
	Module 3	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%
	Module 4	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%

Pour les enfants (cotisations en % du PMSS) :

		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année
Régime de base	Module 1	0,99%	0,99%	0,99%	0,99%
	Module 2	1,11%	1,11%	1,11%	1,11%
	Module 3	1,41%	1,41%	1,41%	1,41%
	Module 4	1,60%	1,60%	1,60%	1,60%
Surcomplémentaire	Module 1	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%
	Module 2	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%
	Module 3	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%
	Module 4	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%



Dans le régime Alsace Moselle

Pour les adultes (cotisations en % du PMSS) :

		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année
Régime de base	Module 1	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%
	Module 2	2,34%	2,34%	2,34%	2,34%
	Module 3	3,15%	3,15%	3,15%	3,15%
	Module 4	3,71%	3,71%	3,71%	3,71%
Surcomplémentaire	Module 1	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%
	Module 2	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%
	Module 3	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%
	Module 4	0,16%	0,20%	0,25%	0,26%

Pour les enfants (cotisations en % du PMSS) :

		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année
Régime de base	Module 1	0,62%	0,62%	0,62%	0,62%
	Module 2	0,83%	0,83%	0,83%	0,83%
	Module 3	1,13%	1,13%	1,13%	1,13%
	Module 4	1,36%	1,36%	1,36%	1,36%
Surcomplémentaire	Module 1	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%
	Module 2	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%
	Module 3	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%
	Module 4	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%

**ANNEXE 7****Dispenses de droit en vigueur à date du 15 mai 2017**

Conformément aux articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, dans leur rédaction en vigueur au 15 mai 2017, ont de droit la faculté de refuser d'adhérer à la couverture obligatoire les salariés :

- en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à trois mois (cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de la portabilité) et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant le cahier des charges des contrats responsables.

Précisons que l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale prévoit la mise en œuvre, selon certaines conditions, d'un « versement santé », à la charge de l'employeur, pour les salariés en CDD ou en contrat de mission dispensés d'adhérer de droit.

- qui bénéficient d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du Code précité (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- qui sont couverts par une assurance individuelle « frais de santé » au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer **que jusqu'à échéance du contrat individuel.**
- qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - dispositif de remboursement de « frais de santé » remplissant les conditions mentionnées aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;

ALP
J.A.
AB



- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (dits « Madelin ») ;
- régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la sécurité sociale ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 (c'est-à-dire ceux relevant de la caisse d'assurance des industries électriques et gazières - CAMIEG).

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans le délai d'**un mois** suivant les événements visés à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale, auprès de l'administration des ressources humaines (HROps/OneHR), et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.



ANNEXE 8

Définition des ayants droit

On entend par ayant droit du membre participant :

- le conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement. Sont assimilés au conjoint, le concubin notoire ou le partenaire de PACS.
 - Par concubin, il faut entendre la personne vivant avec le Membre participant dans le cadre d'une union de fait.
 - Par partenaire de PACS, il faut entendre la personne ayant conclu avec le membre participant une convention solennelle (Pacte Civil de Solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.
- Les enfants légitimes ou légitimés, reconnus, recueillis, adoptifs ou dans l'attente de la transcription de la décision d'adoption, à charge au sens de la Sécurité sociale,
- Les enfants du membre participant et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, non à charge au sens de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent au moins l'une des conditions suivantes :
 - sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - suivent des études secondaires ou supérieures,
 - suivent une formation en alternance (contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) et perçoivent une rémunération inférieure ou égale à 55% du SMIC en vigueur,
 - sont à la recherche d'un premier emploi tout en étant inscrit à Pôle Emploi.
- Les enfants infirmes majeurs du membre participant et de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui perçoivent l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH) et qui sont dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunérée selon la réglementation de la Sécurité sociale.
- Les ascendants fiscalement à charge du membre participant.



ANNEXE 9

Modalités de choix d'option

Conformément à l'Art. II.2.2, le salarié a la possibilité d'adhérer à des options facultatives correspondant aux modules 2, 3 ou 4 (selon son module socle) :

- Lors de son affiliation, chaque salarié choisit le module qui lui convient en option facultative et notifie son choix sur son bulletin d'affiliation. À défaut d'indication, seul le régime *socle* obligatoire propre à chaque entité sera obligatoirement appliqué.
- Lorsque le salarié a fait la demande d'adhésion à une option facultative, celle-ci s'applique également à ses ayants-droits.
- Le choix d'adhésion à une option facultative postérieure doit être effectué avant le 1^{er} novembre de l'année N pour un effet au 1^{er} janvier de l'année N+1,
- Le salarié peut également adhérer à une option facultative en cours d'année à la date de la survenance de l'un des événements suivants (la demande doit être effectuée dans les **deux mois** suivant la date du fait générateur mais le changement prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de ladite modification) :
 - mariage, conclusion d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, divorce, dissolution du Pacte Civil de Solidarité, fin de concubinage,
 - naissance d'un ayant droit ou adoption,
 - changement de situation professionnelle du salarié (changement de poste ou mutation), du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin,
 - décès d'un ayant droit.
- L'adhésion à une option facultative engage le salarié à cotiser pendant une période d'au moins **trois ans** (sauf cas de changement de situation de famille ou de situation d'emploi du salarié/conjoint/concubin/PACS).
- La résiliation de l'adhésion à l'option facultative doit être demandée au moins **deux mois** avant l'échéance souhaitée (i.e. au plus tôt à la fin de la troisième année) par lettre recommandée avec avis de réception et entraîne automatiquement celle du salarié **et** de ses ayants droit. Toute résiliation est définitive sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle du salarié.
- Le salarié peut renoncer à son adhésion à l'option facultative avant le délai de trois ans pour les mêmes motifs que ceux lui permettant d'adhérer en cours d'année.

**ANNEXE 10****Bénéficiaires du régime d'accueil (ou sortie de Groupe)**

Sont bénéficiaires du régime d'accueil, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les salariés (et leurs bénéficiaires) :

- obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale,
- bénéficiaires d'une préretraite, sous réserve des dispositions de(s) l'accord(s) de préretraite,
- bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu,
- privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, et bénéficiaire d'un revenu de remplacement, à l'issue de la période de portabilité, s'ils sont toujours à la recherche d'un emploi et indemnisés par l'Assurance chômage,
- les conjoints et ayants droit des adhérents décédés, à l'issue d'une période de gratuité de douze mois.



ANNEXE 11
Présentation du fonctionnement global des régimes sous forme de schéma



acp
AB
or
J.A.