



AG2R LA MONDIALE

INSTITUANT UN
REGIME
COLLECTIF ET
OBLIGATOIRE DE
REMBOURSEMENT
DE FRAIS
MEDICAUX ET DE
PREVOYANCE AU
SEIN DU GIE
AG2R REUNICA

ACCORD COLLECTIF D'ENTREPRISE

v. vcr

 97



APRES AVOIR RAPPELE QUE :

A effet du 1^{er} janvier 2015, les GIE REUNICA, SYSTALIANS et AG2R ont fusionné au sein du GIE AG2R REUNICA.

Cette fusion a nécessité la négociation d'un nouvel accord, conformément aux dispositions prévues par l'article L. 2261-14 du code du travail.

Les organisations syndicales représentatives au sein du GIE AG2R REUNICA et la Direction se sont réunies afin de définir les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficient les salariés du GIE AG2R REUNICA désignés à l'article 2.1, en matière de « remboursement de frais de santé » et de « prévoyance », afin d'adopter un statut commun à l'ensemble des salariés.

Le présent accord a pour objet d'assurer une couverture satisfaisante des principaux risques de la vie, de façon durable, tout en recherchant l'équilibre économique du régime.

Il repose sur les principes suivants :

- assurer une protection sociale aux collaborateurs ;
- proposer des prestations pour toutes les catégories de personnels et pour l'ensemble des risques considérés ;
- privilégier, dans la mesure du possible, les modalités de prise en charge susceptibles de responsabiliser les assurés ;
- piloter le régime de façon paritaire ;
- éviter l'enrichissement sans cause : de ce fait les prestations versées, ajoutées à tout autre versement de même nature, ne peuvent excéder le montant net des salaires de référence ni le montant des frais engagés.

M. A.

9²



Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, après information-consultation du comité d'entreprise.

I. DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – OBJET

Cet accord a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés visés à l'article 2.1 ci-après, aux contrats collectifs d'assurance souscrits à cet effet par l'employeur auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées, pour information.

ARTICLE 2 - ADHESION DES SALARIES

2-1 Salariés bénéficiaires

1. Couverture de l'ensemble des salariés

Les collaborateurs bénéficient à partir de 2 mois d'ancienneté au sein du GIE AG2R REUNICA, du maintien de leur rémunération, dès le premier jour d'absence.

Concernant les autres dispositions, le régime prévu par le présent accord bénéficie à l'ensemble des salariés du GIE AG2R REUNICA.

2. Suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés au contrat « frais de santé » 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 l'employeur. Il en est de même pour la garantie décès.

Dans une telle hypothèse, le GIE AG2R RÉUNICA verse pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, la même contribution que pour les salariés actifs. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Lorsqu'en l'absence de rémunération versée au salarié, le précompte de la part salariale des cotisations est impossible, le salarié dont le contrat de travail est suspendu est tenu d'adresser, dans le mois suivant la suspension de son contrat, un relevé d'identité bancaire à la Direction des ressources humaines, ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

1

1/2

9 3



Les garanties « frais de santé et décès » sont également maintenues aux salariés en congé sans solde. Les modalités de ce maintien sont précisées dans les notices d'information remises aux salariés qui acquittent intégralement la totalité des cotisations (patronales et salariales).

En cas de changement de garantie des participants en activité, les participants dont le contrat de travail est suspendu sont couverts selon les nouvelles modalités contractuelles.

2-2 Caractère obligatoire de l'adhésion et dispenses

L'adhésion au régime des salariés visés à l'article 2.1 est **obligatoire** à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives au sein du GIE AG2R REUNICA. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Toutefois, les salariés pourront, s'agissant des garanties « frais de santé », demander à ne pas adhérer au régime dans les conditions définies à l'article 9 ci-après.

Pour les garanties « frais de santé », l'adhésion au régime sera également obligatoire pour les ayants-droit des salariés.

ARTICLE 3 – PORTABILITE

Aux termes de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien de la couverture frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale et sera mis en œuvre conformément à ses dispositions.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs exécutés au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

Il est convenu que le coût de ce maintien de garanties est intégré aux cotisations des régimes de « remboursement des frais médicaux » et de « prévoyance » des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les modalités prévues par la notice d'information relative aux garanties qui lui a été remise, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

FL

V.K



ARTICLE 4 - INFORMATION

4-1 Information individuelle

Chaque collaborateur et tout nouvel embauché aura accès à une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

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

4-2 Information collective

Conformément à l'article R.2323-1-11 du Code du travail, le comité d'entreprise sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de santé et prévoyance.

Dans le but de sensibiliser le personnel sur la consommation médicale, l'assureur publiera annuellement une note de synthèse sur le régime afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport sinistres/primes et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

ARTICLE 5 - SUIVI ET PILOTAGE DES REGIMES

Une réunion de suivi et de pilotage du régime (santé - prévoyance), composée de trois représentants par organisation syndicale représentative au sein du GIE AG2R REUNICA et de représentants de la Direction, se réunit au moins une fois par an, sur convocation de la Direction. Elle examine les comptes, fait le point de l'évolution du régime et fait les propositions nécessaires à l'équilibre ou à l'adaptation de celui-ci. Pour l'année 2017, deux réunions de suivi et de pilotage seront organisées.

Les participants ont également connaissance des résultats du régime des retraités.

Le rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du contrat d'assurance est communiqué aux participants à la réunion de suivi et de pilotage.

Les documents utiles sont transmis au plus tard sept jours ouvrés avant la date prévue de réunion.

12

V. W



ARTICLE 6 – DUREE – REVISION- DENONCIATION

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1er juillet 2016.

Il se substitue à toutes les dispositions issues de décisions unilatérales, d'usages, d'accords collectifs, ou de toute autre pratique en vigueur dans l'entreprise et portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

En particulier, il se substitue à compter de sa date d'effet, aux accords conclus au sein des GIE REUNICA, GIE SYSTALIANS et GIE AG2R et relatifs aux garanties frais de santé et prévoyance instituées au profit de leurs salariés. Il constitue l'accord de substitution prévu par l'article L. 2261-14 du code du travail.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

6.1 Révision de l'accord

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de 3 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.

Les parties conviennent que les dispositions relatives aux garanties « frais de santé », au maintien des garanties pour les anciens salariés, aux garanties « prévoyance », sont divisibles et susceptibles de faire l'objet d'une révision partielle, selon les modalités définies ci-avant.

6.2 Dénonciation

1. Dénonciation de l'accord

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois 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 conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la notification de la dénonciation, afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue de ce délai.



L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance collectif.

2. Dénonciation partielle de l'accord

Les parties conviennent que les dispositions relatives aux garanties « frais de santé », au maintien des garanties pour les anciens salariés, aux garanties « prévoyance », sont divisibles et susceptibles de faire l'objet d'une dénonciation partielle, selon les modalités définies ci-avant.

En cas de dénonciation partielle, les autres dispositions de l'accord, non concernées par la dénonciation, conserveraient tous leurs effets.

La partie de l'accord dénoncée continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle partie qui lui est substituée ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du contrat d'assurance collectif.

6.3 Résiliation du contrat d'assurance

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance entraîne la caducité du présent accord. Dans ce contexte, les parties se réuniront alors dans un délai maximum de 3 mois à compter de la résiliation du contrat d'assurance afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un nouvel accord.

ARTICLE 7 – DEPOT ET PUBLICITE

Conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail, 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.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'accord.

Ces formalités de dépôt seront assorties, notamment, de la liste, en trois exemplaires, des établissements auxquels le présent accord s'applique, ainsi que de leurs adresses respectives.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein du GIE AG2R REUNICA.

12

v. w



Enfin, en application des articles R.2262-1, R.2262-2 et R.2262-3 du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel ainsi que sur intranet.

ARTICLE 8 – COMMISSION DE SUIVI ET D'INTERPRETATION DU NOUVEAU STATUT

La commission de suivi et d'interprétation est mise en place pour une durée de 24 mois, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Elle est informée sur la mise en œuvre des accords suivants :

- Accord collectif relatif à la durée du travail, au compte-épargne temps, à la rémunération et au plan d'épargne entreprise des collaborateurs du GIE AG2R REUNICA,
- Accord collectif d'entreprise relatif à la fin de carrière, à la retraite supplémentaire et au plan d'épargne retraite collectif pour les collaborateurs du GIE AG2R REUNICA,
- Accord collectif d'entreprise instituant un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux et de prévoyance au sein du GIE AG2R REUNICA.

Elle est également réunie pour traiter des questions d'interprétation d'une disposition des accords précités.

Elle est composée de trois représentants par organisation syndicale représentative au sein du GIE AG2R RÉUNICA.

Elle se réunit à l'initiative de l'employeur, une fois par trimestre la première année de mise en place puis deux fois la seconde année.

v. k

↑



II. DISPOSITIONS RELEVANT DU REGIME DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

ARTICLE 8 – OBJET DU REGIME

Le régime « frais de santé » a pour objet de couvrir le remboursement des dépenses de santé engagées par les salariés et leurs ayants droit dument affiliés au contrat et bénéficiant à ce titre de la garantie.

ARTICLE 9 – DISPENSES D'ADHESION

Sans que cela ne remette en cause le caractère collectif du régime mis en place par le présent accord, pourront bénéficier, à leur demande et dans les conditions prévues par la loi, d'une dispense d'adhésion au régime, sans préjudice de l'application de toute évolution législative ou réglementaire ultérieure, les salariés suivants :

- les salariés pour lesquels la couverture est inférieure à 3 mois,
- les salariés bénéficiaires de la CMUC / ACS,
- les salariés couverts par une assurance individuelle lors de l'embauche, jusqu'à l'échéance de ladite assurance individuelle,
- les salariés qui bénéficieraient, pour eux-mêmes ou en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :
- dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale étant précisé que :
 - pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;
 - pour les couples de salariés travaillant au sein du GIE AG2R-REUNICA, les deux membres du couple peuvent demander à être affiliés au titre de la même adhésion, l'un en propre et l'autre en qualité d'ayant-droit. Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre ces salariés devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de la Direction des ressources humaines, et indiquer à cette occasion lequel des deux membres du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime.
- par le 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 ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;

12

V. V. K.

9



- dans le cadre des dispositions prévues par le décret 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 ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret 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 ;
- dans le cadre des 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.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction des ressources humaines, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire tout justificatif requis. À défaut d'écrit adressé à l'employeur dans les deux mois suivants la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Ces derniers devront déclarer le cadre dans lequel cette dispense est formulée, la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit leur permettant de solliciter cette dispense ou, le cas échéant, la date de la fin de ce droit s'il est délimité dans le temps. Les salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS devront produire une attestation d'ouverture de leur droit émise par la CPAM. Pour les autres salariés, aucun autre justificatif n'est requis. Cette déclaration peut prendre la forme d'une déclaration sur l'honneur. Le justificatif de la dispense d'adhésion au régime doit être produit annuellement.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

ARTICLE 10 – COTISATIONS

Le taux de cotisation est calculé sous la forme d'une cotisation familiale, en fonction du plafond de la sécurité sociale.*

** Le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2016, à 3.218€. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.*

Ainsi, le taux est fixé à :

- 4.89 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le régime général ;
- 3.93 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle.

Les cotisations, ci-dessus définies, sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 60%,
- Part salariale : 40%

Chaque année, en cas de dégradation des résultats techniques du régime constatée en réunion de suivi et de pilotage, les parties rechercheront un accord. A défaut d'accord des parties, dans un délai de 3 mois à compter de l'envoi des documents aux participants de la réunion, les cotisations seront automatiquement réajustées, au 1er janvier, au niveau permettant l'équilibre du régime, et au maximum de l'indice CMT de l'année.

12

V. K

10
A



Concernant l'année 2016 et en cas de dégradation des résultats techniques du régime constatée en réunion de suivi et de pilotage, les parties rechercheront un accord. A défaut d'accord des parties dans le délai de trois mois à compter de l'envoi des documents aux participants de la réunion, les cotisations seront automatiquement réajustées, au 1er juillet 2017, au niveau permettant l'équilibre du régime et au maximum de l'indice CMT de l'année.

L'augmentation de la cotisation sera répartie entre l'employeur et les salariés dans la même proportion que celle prévue ci-dessus.

En outre,

- toute modification des régimes obligatoires ayant une conséquence sur les garanties sera impactée dans le régime avec ajustement des cotisations dans les mêmes proportions et des garanties, notamment en cas de désengagement partiel du régime de base de la Sécurité sociale ;
- toutes taxes ou contributions, présentes ou futures, établies sur le contrat d'assurance, seront impactées automatiquement dans le régime avec ajustement des cotisations ;

✓

✓. ✓

✓



III. MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT D'ANCIENS SALARIES

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'organisme assureur organise le maintien de la couverture sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans les conditions suivantes, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans condition de durée. Ils peuvent solliciter de l'organisme assureur des garanties frais de santé, le maintien de ces garanties dans un délai de six mois à compter de la rupture de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, de l'expiration du droit à portabilité mentionné ci-dessus,
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé pendant une durée de douze mois à compter du décès. Ils peuvent solliciter de l'organisme assureur des garanties frais de santé, le maintien de ces garanties dans un délai de six mois à compter du décès.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables sont précisés par l'organisme assureur à l'occasion de la demande de maintien des garanties. Ils s'inscrivent dans les limites fixées par décret et sont communiqués au salarié lors de son adhésion.

Il est précisé que les retraités qui bénéficient au 30 juin 2016 du maintien de la couverture santé en conserveraient le bénéfice jusqu'au 31 décembre 2016. A compter du 1er janvier 2017, le présent article leur est applicable.

Il est enfin précisé que les anciens salariés (retraités, les salariés licenciés qui ne sont pas dans le dispositif de portabilité), les salariés en congé sans solde, les salariés en incapacité /invalidité), qui sont issus du GIE REUNICA et du GIE SYSTALIANS et pour lesquels l'employeur participait à leur régime de santé au 30 juin 2016, continuent de bénéficier de cette prise en charge jusqu'au 31 décembre 2016.

A compter du 1er janvier 2017, l'employeur ne participe plus au régime de santé de ces salariés / anciens salariés.

✓

V. K

12



IV. DISPOSITIONS RELEVANT DU REGIME DE PREVOYANCE

ARTICLE 12- OBJET

Le régime de prévoyance a pour objet d'organiser la couverture des salariés au titre des risques d'incapacité, d'invalidité et de décès.

ARTICLE 13- CARACTERE OBLIGATOIRE

Les dispenses proposées dans le cadre du régime « frais de santé » ne s'appliquent pas au présent régime. En conséquence, tous les salariés sont obligatoirement affiliés au régime.

ARTICLE 14 – COTISATIONS

Le taux de cotisation concernant les garanties prévoyance est fixé en pourcentage des salaires bruts annuels déclarés (brut sécurité sociale), par tranche, selon les modalités suivantes :

- TA: 2.79%,
- TB-TC : 4.54%

La répartition de la prise en charge de ces cotisations entre l'employeur et le collaborateur se fait de la façon suivante :

- Part patronale : 2.79% TA et 4.34% TB-TC
- Part salariale : 0 % TA et 0.20%* TB-TC
**sur le risque décès*

En outre,

- Toute modification des dispositions législatives ou réglementaire applicables aux garanties ayant une conséquence sur les garanties sera impactée dans le régime avec ajustement des cotisations et des garanties ;
- En cas de dégradation des résultats techniques du régime, appréciée sur cinq années, constatée lors de la réunion de suivi et de pilotage, les parties rechercheront un accord. A défaut d'accord entre les parties, dans un délai de trois mois à compter de l'envoi des documents aux participants, et sous réserve des dispositions législatives, les cotisations seront automatiquement réajustées, au 1^{er} janvier, au niveau permettant l'équilibre du régime. .

L'augmentation sera répartie entre l'employeur et les salariés dans la même proportion que celle prévue ci-dessus.

Fi

V. K

9



ARTICLE 15 - 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 de 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 GIE AG2R REUNICA s'engage à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies par le nouvel organisme assureur.

Fait à Paris, le 23 juin 2016

Le Directeur général,

André RENAUDIN

Pour la CFDT

Pour la CFE-CGC

Pour la CGT

Pour l'UNSA

Pour FO



ANNEXE 1 - GARANTIES DU REGIME FRAIS DE SANTE 2016

1

v.w

7

VOTRE RÉGIME

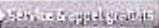
RÉSUMÉ DE LA GARANTIE

Les prestations s'entendent en complément de la part Sécurité sociale.

POSTES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE ⁽¹⁾	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	400 % de la BR	TM + 90 % des FR - BR, limité à 400 % de la BR ⁽²⁾
Forfait hospitalier ⁽³⁾	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		TM + 450 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		TM + 100 % de la BR
Chambre particulière	3,5 % du PMSS / jour (soit 112,63 € au 01/01/2016)	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	1 % du PMSS / jour (soit 32,18 € au 01/01/2016)	
Transport remboursé par la Sécurité sociale		
Transport	100 % du TM	
Actes médicaux		
Généralistes, spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		TM + 100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		TM + 100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.		400 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.		TM + 100 % de la BR
Auxiliaires médicaux, analyses		400 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale		
Densitométrie osseuse	Crédit de 75 € / année civile	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 26 % du PMSS / année civile / oeil (soit 836,68 € au 01/01/2016)	
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		
Pharmacie	100 % du TM	
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale		
Prothèses auditives	TM + crédit annuel de 65 % du PMSS / oreille (soit 2091,70 € au 01/01/2016)	
Orthopédie et autres prothèses	100 % des FR - RSS	

V.V

PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE (1)

POSTES	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale		
Soins dentaires	100 % du TM	
Inlay simple, onlay	350 % de la BR	
Prothèses dentaires	375 % de la BR	
Inlay coque et inlay à clavettes	200 % de la BR	
Orthodontie	325 % de la BR	
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale		
Parodontologie (2)	Crédit de 6,60 % du PMSS / année civile (soit 212,39 € au 01/01/2016)	
Prothèses dentaires (2)	400 % de la BR	
Implants dentaires (2)	20 % du PMSS / implant, limité à 2 implants / bénéficiaire / année civile (soit 643,60 € au 01/01/2016)	
Orthodontie	325 % de la BR	
Optique: sauf évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement (2 verres + 1 monture) n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes, suivant l'acquisition du précédent équipement (2)		
Monture	150 € / bénéficiaire	
Verres	Voir GRILLE OPTIQUE page 4.	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% des FR - RSS	
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Crédit de 5 % du PMSS / année civile (soit 193,08 € au 01/01/2016)	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		
Frais de traitement et honoraires	100% des FR - RSS	
Frais de voyage et hébergement	20 % du PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de la cure (soit 643,60 € au 01/01/2016)	
Maternité / Adoption		
Par enfant déclaré	20 % du PMSS (soit 643,60 € au 01/01/2016)	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropraxie, ostéopathie (3)	40 € / séance, limité à 4 séances / année civile	
Psychomotricité et ergothérapie	50 € / acte, limité à 3 actes / année civile, pour un enfant de -16 ans	
Actes de prévention		
Voir détail ci-après	100 % du TM	
Garantie Prima assistance (2) - N° de convention 620339		
0 800 100 010 	Incluse	

C.A.S. = contrat direct aux soins.
 FR = frais réels.
 BR = base de remboursement Sécurité sociale.
 RSS = remboursement Sécurité sociale, TM = ticket modérateur.
 PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3218 € au 1^{er} janvier 2016 (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet: www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-clés/taux-plafond-de-la-sécurité-sociale-nbs).

- (1) Dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.
- (2) Base de remboursement appliquée en secteur conventionné.
- (3) Le forfait hospitalier est versé sans limitation de durée uniquement pour les établissements de santé.
- (4) À l'exclusion d'actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.
- (5) Actes pris en charge dans ce poste:
 - couronnes dentaires (HBI 0073, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel);
 - onthèses supra-implantaires (HBLD132, HBLD192, HBI 0118, HBI 0199, HBLD240, HBLD236, HBI 0217, HBI 0113);
 - bridges (HBI 0040, HBLD042, HBLD033, HBI 0025) ainsi que les actes annexes s'y rapportant (HBM0490, HBM0542, HBM0002, HBM0478, HBM0453, HBM0072, HBM0081, HBM0097) à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.
- (6) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexé (scanner, pilier, couronne).
- (7) Pour l'appréhension de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un

remboursement par l'assureur.
 (8) Si intervention dans le cadre de pratique inscrite auprès d'une association agréée.
 (9) Garantie gérée par la société d'assistance mondial assistance (siège social: 2 rue Fragonard, 75007 PARIS CEDEX 17) dénommée « PRIMA ASSISTANCE ».

Actes de prévention

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans.
- Dépistage de l'écaille B (codes NARM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants:
 - audiométrie tonale ou vocale,
 - audiométrie tonale avec tympanométrie,
 - audiométrie vocale dans le bruit,
 - audiométrie tonale et vocale,
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 5 ans.
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées:
 - diphtérie, tétanos et polioomyélite: tous âges,
 - coqueluche: avant 14 ans;
 - hépatite B: avant 14 ans,
 - BCG: avant 6 ans,
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées devant un enfant,
 - haemophilus influenzae b, infections à l'origine de la méningite de l'enfant,
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoque pour les enfants de moins de 18 mois.

2

V. W

9

GRILLE OPTIQUE

Adultes (âgé de 18 ans et plus)

CODE LPP	UNIFOCaux / MULTIFOCaux	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ^{OT} PAR VERRE ⁽¹⁾
2203240 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	130 €
2287936 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De -6 à +6	130 €
2280660 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2282795 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2263459 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2265330 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2255776 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	300 €
2295835 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	300 €
2254966 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	130 €
2225412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	130 €
2284527 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	270 €
2254888 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	270 €
2212976 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	300 €
2252668 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	300 €
2288519 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	300 €
2299523 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	300 €
2290396 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	300 €
2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	300 €
2245584 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	350 €
2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	350 €
2227038 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	300 €
2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	300 €
2202239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	350 €
2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	350 €

(1) En complément du remboursement sécurité sociale.

V. W.

Enfants (moins de 18 ans)

CODE LPP	UNIFOCaux / MULTIFOCaux	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	R ⁰¹ PAR VERRE ⁽¹⁾
2261874 : verre blanc	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	130 €
2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	130 €
2243540 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2297441 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2243304 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2293098 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	De -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	270 €
2273954 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	300 €
2248320 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -10 ou supérieure à +10	300 €
2200393 : verre blanc	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	130 €
2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre inférieur à 4	De -6 à +6	130 €
2283953 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	270 €
2218381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre inférieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	270 €
2218941 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	300 €
2258385 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	De -6 à +6	300 €
2245036 : verre blanc	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	300 €
2206800 : verre teinté	Unifocaux forte correction	Cylindre supérieur à 4	Inférieure à -6 et supérieure à +6	300 €
2259245 : verre blanc	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	300 €
2264095 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De -4 à +4	300 €
2238792 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	300 €
2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Sphérique	Inférieure à -4 ou supérieure à +4	300 €
2240671 : verre blanc	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	300 €
2282721 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	De -8 à +8	300 €
2234239 : verre blanc	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	300 €
2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction	Tout cylindre	Inférieure à -8 ou supérieure à +8	300 €

(1) En complément du remboursement Sécurité sociale.

v. uc

EXEMPLES

Législation en vigueur en 2016.

NATURE DES FRAIS	FRAIS RÉELS	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À VOTRE CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE (1)	
Spécialiste conventionné (2)					
- Adhérent au C.A.S.	40 €	28,00 €	18,60 € (3)	20,40 €	1 €
- Non adhérent au C.A.S.	40 €	23,00 €	15,10 € (3)	23,00 €	1 €
- Adhérent au C.A.S.	60 €	28,00 €	18,60 € (3)	40,40 €	1 €
- Non adhérent au C.A.S.	60 €	23,00 €	15,10 € (3)	29,90 €	15 €
Prothèse dentaire remboursée Sécurité sociale					
	500 €	107,50 €	75,25 €	403,12 €	21,63 €

(1) Dans la limite des frais réels restant à charge.

(2) Dans le cadre du parcours coordonné, chez un médecin spécialiste adhérent au C.A.S. (Dépassement maîtrisé), pour avis ponctuel, sur avis du médecin traitant.

(3) Cet exemple tient compte de la contribution forfaitaire de 1 € laissée à votre charge (article L. 422-2 du Code de la Sécurité sociale).

LEXIQUE

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements en secteur conventionné.

Contrat d'accès aux soins (C.A.S.)

Contrat conclu entre l'Assurance maladie et des médecins libéraux (secteur 2 - et secteur 1 dans certains cas) qui a pour objectif d'avoir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Frais réels (FR)

Total des dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), Classification commune des actes médicaux (CCAM)

Liste codifiée des produits et des actes donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Pour certains actes techniques médicaux, la NGAP est remplacée depuis 2004 par la CCAM.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité sociale.

V. K.



ANNEXE 2 – GARANTIES DU REGIME DE PREVOYANCE 2016

12

V.K.

RÉSUMÉ DES GARANTIES

ARRÊT DE TRAVAIL

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
Incapacité temporaire de travail	
En relais au maintien de salaire par l'employeur	100 % du salaire net de référence ⁽¹⁾
Incapacité permanente	
Quelle que soit la catégorie d'invalidité	100 % du salaire net de référence ⁽²⁾
Incapacité permanente professionnelle (IPP)	
Taux supérieur à 33 %	100 % du salaire net de référence ⁽²⁾

(1) Y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.

(2) Y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et le salaire éventuellement versé par l'employeur.

DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
Décès du salarié par maladie	
Capital de base en fonction de la situation de famille, hors majoration par enfant à charge	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	215 % du salaire de référence
Marié, pacsé, concubin, sans enfant à charge	300 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec au moins un enfant à charge	300 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	
Par enfant à charge	65 % du salaire de référence
Décès du salarié par accident	
Capital de base en fonction de la situation de famille, hors majoration par enfant à charge	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	323 % du salaire de référence
Marié, pacsé, concubin, sans enfant à charge	450 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec au moins un enfant à charge	450 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	
Par enfant à charge	98 % du salaire de référence
Décès du salarié par accident de la circulation reconnu comme accident du travail	
Capital de base en fonction de la situation de famille, hors majoration par enfant à charge	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	645 % du salaire de référence
Marié, pacsé, concubin, sans enfant à charge	900 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec au moins un enfant à charge	900 % du salaire de référence
Majoration par enfant à charge	
Par enfant à charge	195 % du salaire de référence
Invalidité absolue et définitive	
A la reconnaissance de l'état d'invalidité absolue et définitive	50 % du capital décès par maladie
Au décès du salarié	50 % du capital décès par maladie

NATURE DES GARANTIES
PRESTATIONS AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
Double effet

Décès du conjoint ou du partenaire de PACS ou du concubin postérieur ou simultané au décès du salarié : 100 % du capital décès par maladie

Prédécès

Du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin : 1/3 du PASS

Frais d'obsèques

D'un enfant à charge : 25% du PMSS

Rente éducation ⁽¹⁾

Jusqu'à 11 ans inclus : 6 % du salaire de référence

De 12 à 16 ans inclus : 8 % du salaire de référence

De 17 à 25 ans inclus si poursuite d'études : 10 % du salaire de référence

Orphelin de père et de mère : Doublement de la rente versée

Rentes de conjoint/d'orphelin OCIRP

Rente de conjoint temporaire (les pacsés et concubins sont assimilés au conjoint) : 60 % des droits dans le régime de retraite acquis par le salarié à la date de son décès

Rente de conjoint viagère (les pacsés et concubins sont assimilés au conjoint) : (60 % des droits de retraite complémentaire hors forfait garanti et majoration familiale) x (année de l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein - année du décès)

Majoration des rentes de conjoint : 10 % par enfant à charge

Rente d'orphelin : (50 % des droits de retraite complémentaire hors forfait garanti et majoration familiale) x (année de l'âge légal de liquidation de la retraite à taux plein - année du décès)

Garantie substitutive des salariés célibataires, veufs, divorcés : 43,75 % TA + 100 % TB et TC

(1) Pour les enfants à charge reconnus invalides ou handicapés avant leur 21^e anniversaire, titulaires de la carte d'invalidité civil et bénéficiant de l'allocation pour les adultes handicapés, la rente versée devient viagère.

PASS = plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au moment du décès.
PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

12

V. V. V.

17