

Accord relatif à la couverture complémentaire santé des salariés du Groupe ALSTOM en France

Entre :

Le Groupe ALSTOM, dont le siège social est situé à Saint-Ouen (93482) 48 rue Albert Dhalenne et ses filiales françaises dont la liste est reprise en annexe, représentées par Monsieur Jean-Pierre GOEPFERT, agissant en qualité de Vice-Président Ressources Humaines France

D'une part,

Les représentants désignés par les Organisations syndicales représentatives au sein du périmètre constitué des filiales françaises dont la liste figure en annexe 1, dûment mandatés par leur confédération pour conclure en leur nom le présent accord

D'autre part

IL EST CONVENU LE PRESENT ACCORD

Préambule

Le groupe ALSTOM a, depuis de nombreuses années, notamment dans le cadre de l'accord du 28 décembre 2011, mis en place, au profit de ses salariés en France, une couverture santé collective et obligatoire de qualité.

Les évolutions législatives relatives à l'assurance maladie (loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 et ses décrets d'application notamment le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014) ont amené les partenaires sociaux à se rencontrer afin de définir un régime complémentaire conforme aux dispositions du contrat dit responsable et répondant au mieux aux besoins des salariés.

C'est dans ce contexte que les parties signataires ont convenu des dispositions du présent accord en application de l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Compte tenu du rachat, le 2 novembre 2015, de la branche Energie par General Electric et du recentrage du groupe Alstom sur ses activités de Transport, il a été convenu, dans un souci de simplification et de clarté que le présent accord de groupe révisé et remplace, dès sa date d'entrée en vigueur, l'accord du 28 décembre 2011 ainsi que ses avenants en date des 28 décembre 2011 et 31 octobre 2013.

ARTICLE 1- Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de définir le contenu et les modalités de mise en place d'une couverture complémentaire santé conforme aux dispositions du contrat dit responsable. Il s'inscrit dans le respect des principes de solidarité et de responsabilité visant d'une part à permettre aux salariés et à leur famille de bénéficier d'une couverture santé en privilégiant une cotisation familiale, d'autre part d'assurer la pérennité du régime à long terme.

La couverture complémentaire santé d'ALSTOM est constituée d'un régime de base collectif à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés, sans condition d'ancienneté, des entreprises comprises dans le périmètre d'application de l'accord et d'un régime à caractère facultatif, appelé « Régime Plus ».

ARTICLE 2- Périmètre de l'accord

La couverture complémentaire santé mise en place par le présent accord s'applique aux sociétés françaises du Groupe ALSTOM, qui sont listées en annexe 1, dont Alstom détient directement ou indirectement plus de 50% du capital.

En fonction de l'évolution du Groupe ALSTOM, le périmètre défini par les parties au présent accord pourra être amené à évoluer.

2.1 Adhésion d'une nouvelle entreprise à l'accord

Toute nouvelle société française intégrant le Groupe ALSTOM après la signature du présent accord, dont le capital, quel que soit son effectif, est détenu directement ou indirectement à plus de 50% par le Groupe ALSTOM pourra adhérer au présent accord.

Son adhésion interviendra de plein droit soit par la signature d'un avenant d'adhésion par les représentants employeurs et salariés de cette dernière ; soit par décision unilatérale de l'entreprise.

L'avenant d'adhésion ou la décision unilatérale de l'entreprise obéira aux mêmes règles de dépôt que le présent accord.

L'avenant ou la décision fera l'objet d'une notification par la direction du Groupe aux parties signataires du présent accord.

2.2 Sortie d'une entreprise du champ d'application du présent accord

Dans le cas où une société signataire ou adhérente au présent accord sortirait du périmètre défini ci-dessus, le bénéfice des dispositions du présent accord ne lui serait plus applicable de plein droit sous réserve d'un délai de préavis et de survie temporaire éventuelle de l'accord tel que prévu par les règles relatives à la mise en cause des accords collectifs et des décisions unilatérales.

La direction du Groupe notifiera à la Direction de la société concernée, sa sortie du champ d'application de l'accord et en informera les autres parties signataires ou adhérentes.

ARTICLE 3-Bénéficiaires

3.1 Les bénéficiaires actifs

3.1.1 Le régime de base obligatoire

- a) principe général

Le régime de base est un régime à adhésion obligatoire pour le salarié (au sens de L311-2 et 3 du Code de la Sécurité sociale) et ses ayants droit tels que définis dans l'annexe 2 du présent accord. Les ayants droit d'un salarié décédé restent couverts sans contrepartie de cotisation pendant une durée maximale de 6 mois.

b) dérogations

Peuvent se dispenser d'adhérer les salariés dont la situation correspond aux dispositions du III de l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application selon les modalités précisées par ces textes.

Par ailleurs :

- s'agissant des couples dont les deux membres travaillent dans l'une des sociétés françaises du groupe ALSTOM couvertes par le présent accord l'un des deux membres peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant-droit.
- s'agissant des salariés et des apprentis en contrat de travail à durée déterminée ou en contrat de mission il existe deux dispenses distinctes prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale :

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Pour pouvoir bénéficier de ce cas de dispense, les salariés et apprentis doivent faire part de leur souhait par écrit, en remplissant le formulaire remis à cet effet, suivant la mise en place du présent régime, leur embauche ou leur changement de situation accompagné des justificatifs requis.

La production des justificatifs doit être renouvelée au plus tard le 15 janvier de chaque année. A défaut, ils seront considérés comme adhérents au régime applicable et à ce titre, seront tenus de cotiser.

Les salariés qui cessent de demander le bénéfice d'une dérogation sont tenus de cotiser.

Les salariés embauchés initialement en contrat à durée déterminée et qui verraient leur situation contractuelle évoluer en contrat à durée indéterminée, seront tenus d'adhérer au régime en vigueur, sauf s'ils justifient relever d'un autre cas de dispense autorisé visé à l'article L 911-7, III, du code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application.

3.1.2 Le régime « Plus » facultatif

Ce régime, qui améliore les garanties du régime de base, est un régime à adhésion facultative auquel les salariés peuvent librement choisir de souscrire. L'adhésion à ce régime est valable pour une durée minimale de 3 ans, sauf changement de situation de famille ou professionnelle.

3.1.3 Salariés relevant du dispositif CAATA

Il est convenu que les salariés quittant ou ayant quitté l'une des entreprises françaises du Groupe listées à l'annexe 1, dans le cadre du dispositif de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (CAATA) prévu par la Loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999, sont affiliés pendant la durée du dispositif CAATA au régime de base et au régime « Plus » facultatif dans les mêmes conditions que les salariés du groupe ALSTOM, sous réserve qu'ils s'acquittent de leur propre part de cotisation.

Le départ du salarié doit résulter :

- soit de son appartenance à un établissement classé du Groupe Alstom figurant sur une liste établie par arrêté ministériel
- soit d'une maladie professionnelle liée à l'amiante relative aux tableaux 30 et 30bis des maladies professionnelles, reconnue avant le départ en CAATA.

3.2 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 par l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité versées par l'organisme de prévoyance,
- dans le cadre d'un congé parental d'éducation pendant une durée de 6 mois.

Dans une telle hypothèse, la société verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail, sous réserve que le salarié continue à s'acquitter de sa propre part de cotisations.

Dans les autres cas de suspension (notamment en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, ...) les garanties sont en principe suspendues sauf disposition plus favorable prévue par accord d'entreprise¹.

Ces salariés ont toutefois la faculté d'adhérer, à titre individuel, au régime d'accueil facultatif, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante et dans les conditions prévues au contrat d'assurance.

3.3 Portabilité

Les salariés qui bénéficient du présent régime et remplissent les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale bénéficieront, selon les modalités prévues par ces textes, de la portabilité du présent régime.

A l'issue de la période de portabilité, ils pourront adhérer au régime d'accueil proposé par l'organisme assureur, dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi « Evin ».

Les bénéficiaires de la portabilité au 1er janvier 2018 restent couverts et bénéficient à partir de cette date des dispositions du présent accord pour la période restant à courir.

ARTICLE 4 - Le régime d'accueil facultatif

Un régime d'accueil à adhésion facultative et dont les cotisations, exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), sont intégralement à la charge des adhérents est mise en place par l'organisme assureur. A titre informatif, il est ouvert aux personnes définies à l'annexe 3 du présent accord.

La gestion de ce régime fait l'objet de statistiques et d'un compte de résultat distincts. Aucun transfert de recettes ou de charges ne peut avoir lieu entre le régime d'accueil et le régime des actifs.

¹ Cf. Accord relatif au Compte Epargne Temps au sein de la société Alstom Transport SA

ARTICLE 5 – Prestations et cotisations

5.1 Prestations

Les prestations accordées dans le cadre du régime de base et du régime « Plus » facultatif, qui sont annexées au présent accord (annexe 4) ne sauraient constituer un engagement pour l'employeur, qui n'est tenu, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

5.2 Montant des cotisations

La tarification des régimes des actifs est décrite en annexe 5.

Les cotisations sont fixées à compter du 1er janvier 2018.

- Cotisation obligatoire du régime de base des actifs

Tous les salariés visés à l'article 3-1 doivent cotiser au minimum au régime de base.

Le présent accord entraîne l'adhésion des salariés des sociétés françaises listées en annexe 1.

Cette adhésion s'impose dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations, sauf dérogations prévues et justifiées à l'article 3.1.1.b du présent accord.

Les taux de cotisation mensuels sont la somme d'un taux en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et d'un taux en pourcentage du salaire limité à la Tranche B.

- Cotisation facultative du régime « Plus » des actifs

La cotisation facultative du régime « Plus » est entièrement à l'initiative et à la charge du salarié.

La cotisation mensuelle est exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

5.3 Evolution des prestations et des cotisations

- Les garanties et les cotisations du régime sont définies en fonction de l'état actuel de la législation. En cas de changement législatif ou réglementaire remettant en cause l'équilibre technique du régime, y compris lors des trois premières années, les parties signataires étudieront, sans délai, avec l'assureur, les mesures susceptibles de préserver cet équilibre.

Ces mesures devront prendre effet en même temps que les changements de législation.

- Les taux contractuels visés à l'article 5-2 pour le régime de base et le régime « Plus » facultatif sont garantis pendant une durée de 3 ans. A l'expiration de ce délai, toute évolution des taux contractuels fera l'objet d'une négociation et d'un avenant au présent accord.
- Les excédents éventuels du contrat alimentent une réserve selon les dispositions prévues au contrat d'assurance. En fonction du niveau de cette réserve et des résultats du régime, un taux d'appel minoré pourra être arrêté chaque année par la Commission paritaire de suivi, étant entendu qu'elle ne pourra fixer un taux d'appel inférieur à 90% des taux contractuels (base 100%). A titre d'information, le taux d'appel pour l'année 2018 est fixé à 92%.

ARTICLE 6 - Répartition de la cotisation obligatoire entre l'entreprise et le salarié

La cotisation obligatoire prévue par l'article 5-2 est prise en charge par l'entreprise à hauteur de 60% et par le salarié à hauteur de 40%.

Toute évolution des taux contractuels pourra faire l'objet d'une nouvelle négociation de sa répartition.

ARTICLE 7 - Choix du porteur de risque et du gestionnaire

Un organisme assureur et un organisme gestionnaire distinct en charge du règlement des prestations et du suivi des consommations et dépenses du régime ont été choisis en concertation avec les organisations syndicales.

Tout changement ultérieur sera arrêté après concertation avec les organisations syndicales signataires.

ARTICLE 8 – Résiliation du contrat d'assurance

Dans l'hypothèse où le contrat collectif frais de santé serait résilié par l'assureur, la Direction réunirait les organisations syndicales dans un délai de 30 jours de la résiliation pour examiner une solution de substitution. S'il apparaissait que la substitution d'un nouvel assureur était impossible, le présent accord serait privé d'une condition déterminante de son application de telle sorte qu'il serait frappé de caducité et cesserait de s'appliquer au dernier jour de l'intervention de l'assureur.

La résiliation du contrat collectif n'a pas pour effet de substituer les entreprises adhérentes à l'organisme assureur dans l'obligation d'assurer le remboursement des frais de santé au personnel.

ARTICLE 9 – Obligations d'information

Il sera remis par tout moyen approprié, à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application ainsi que les cotisations.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, dans les mêmes conditions de toute modification des garanties ou des cotisations.

Les adhérents au régime d'accueil facultatif seront informés directement par le gestionnaire du régime.

ARTICLE 10 – Commission paritaire de suivi

Une commission paritaire de suivi du régime de groupe santé tel qu'il résulte du présent accord est mise en place.

Elle est composée de deux représentants titulaires et de deux représentants suppléants désignés par chaque organisation syndicale signataire et de représentants de la Direction. Les représentants suppléants ne participeront aux réunions de la commission que lorsqu'ils sont amenés à remplacer un titulaire absent.

La commission paritaire de suivi est chargée du pilotage du régime complémentaire santé. Elle veille à l'équilibre du contrat ainsi qu'à la qualité du service rendu par le gestionnaire et formule le cas échéant des recommandations en vue de garantir sa pérennité.

Elle est présidée par un représentant de la Direction et se réunit, sauf situation exceptionnelle, deux fois par an pour examiner notamment les résultats du contrat à mi année et à exercice échu.

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime, une réunion de suivi aura lieu au cours du mois de mars 2018.

ARTICLE 11 - Durée de l'accord

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

Il pourra être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois.

La partie qui dénonce l'accord doit notifier dans les meilleurs délais cette décision, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à la DIRECCTE de la Seine-Saint-Denis et au greffe du Conseil de Prud'hommes de Bobigny.

Sauf accord des parties (ainsi que des organismes assureur et gestionnaire) la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la période annuelle en cours.

Le présent accord pourra également faire l'objet d'une révision partielle ou totale dans les conditions légales en vigueur.

ARTICLE 12 - Dépôt, publicité

Un exemplaire signé de cet accord sera remis à l'ensemble des Organisations syndicales et adressé au Président de chacune des filiales françaises du groupe listées à l'annexe 1, qui en assurera la communication auprès de ses salariés.

Deux exemplaires, une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, sont adressés sous la responsabilité de la Direction, à la DIRECCTE de la Seine-Saint-Denis.

Une version de l'accord rendue anonyme au format Word est également adressée à la DIRECCTE.

Un exemplaire est adressé, sous la responsabilité de la Direction, au Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Bobigny.

Fait à Saint-Ouen, le 8 novembre 2017

Pour le Groupe ALSTOM
Jean-Pierre GOEPFERT
VP HR France

Pour la CFTD Monsieur Laurent DESGEORGE	Pour la CGT Monsieur Patrick MARTIN
--	--

Pour la CFE-CGC
Monsieur Claude MANDART

Pour FO
Monsieur Philippe PILLOT

ANNEXE 1 : LISTE DES FILIALES FRANCAISES COUVERTES PAR LE PRESENT ACCORD

- ALSTOM Transport SA
- Centre d'Essais Ferroviaires
- ALSTOM Transport Technologies

ANNEXE 2 : AYANTS DROITS DU SALARIE

Sont considérés comme ayant droits du salarié :

- le Conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement, ou
- le Partenaire lié par un PACS, ou
- le Concubin notoire (vivant depuis plus d'un an avec le salarié)
- les enfants à charge du Salarié et ceux de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS

ou de son Concubin entendus comme :

- enfants à charge,
- âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures,
- âgés de moins de 28 ans et inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés (A.A.H.), sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.
- les ascendants fiscalement à charge.

ANNEXE 3 : BENEFICIAIRES DU REGIME D'ACCUEIL FACULTATIF

A titre informatif, peuvent bénéficier du régime d'accueil sous réserve du paiement de la cotisation correspondante et dans les conditions prévues au contrat d'assurance

- les anciens salariés et leurs ayants droits couverts par le précédent régime d'accueil
- les salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale à compter du 1er janvier 2018
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ; au-delà de 6 mois pour les congés parentaux
- les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu
- au-delà de la période de portabilité, les salariés cessant d'appartenir au groupe ALSTOM en France à la suite d'une rupture du contrat de travail tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle sous réserve qu'ils soient indemnisés par Pôle emploi,
- les conjoints et les ayants droit des adhérents décédés au-delà de la période de maintien prévue à l'article 3.1.1 du présent accord

ANNEXE 4 : GARANTIES REGIME DE BASE ET REGIME « PLUS » FACULTATIF CONFORMES AU CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE

	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	REGIME DE BASE COMPLETE PAR LE REGIME « PLUS » FACULTATIF RESPONSABLE
Les garanties s'entendent en complément des prestations de la Sécurité sociale		
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))		
Hospitalisation chirurgicale et médicale		
Frais de séjour et Fournitures diverses	300 % de la BR	400 % de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	300 % de la BR	400 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	400 % de la BR	400 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (hospitalisation & maternité), y compris forfait ambulatoire	80 Euros par jour (si maison de convalescence 60 €/jour)	90 Euros par jour (si maison de convalescence 60 €/jour)
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	40 Euros par jour	40 Euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros	18 Euros
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))		
Consultations et visites de généralistes - Signataires OPTAM (2)	150 % de la BR	200 % de la BR
Consultations et visites de généralistes - Non signataires OPTAM (2)	130 % de la BR	130 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR	250 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	250 % de la BR	250 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	150 % de la BR	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	130 % de la BR	130 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	170 % de la BR	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	170 % de la BR	170 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	150 % de la BR	200 % de la BR
Biologie médicale	170 % de la BR	200 % de la BR
Ostéodensitométrie non remboursée par la SS	50% FR dans la limite de de 3,33 % du PMSS/an/bénéficiaire	50% FR dans la limite de de 3,33 % du PMSS/an/bénéficiaire
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros	18 Euros
PHARMACIE		
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % du TM	100 % du TM
Vaccins	80 % FR	80 % FR
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la SS	-	100 Euros/an/bénéficiaire
FRAIS DE TRANSPORT		
Frais de transport remboursé par la SS	100 % de la BR	200 % de la BR
APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS	200 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS	400 % de la BR	500 % de la BR
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	250 % de la BR	350 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS	50% FR dans la limite de 500 Euros/an/bénéficiaire	50% FR dans la limite de 650 Euros/an/bénéficiaire
Inlays-onlays remboursés par la SS	350 % de la BR	400 % de la BR

Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	350 % de la BR	400 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	295,63 € par acte	376,25 € par acte
Orthodontie remboursée par la SS	250 % de la BR	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	250 % de la BR	300 % de la BR
Implants	360 Euros par acte, dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire	390 Euros par acte, dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
Piliers implantaires	240 Euros par acte, dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire	260 Euros par acte, dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
OPTIQUE		
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (1 équipement tous les ans)		
Verres remboursés par la SS	Verres simples : 102 Euros par verre Verres progressifs : 216 Euros par verre	Verres simples : 156 Euros par verre Verres progressifs : 288 Euros par verre
Monture remboursée par la SS	125 Euros	150 Euros
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 150 Euros	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 250 Euros
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50% FR dans la limite de 500 Euros par œil	50% FR dans la limite de 650 Euros par œil
MATERNITE ET ADOPTION		
Allocation naissance ou adoption	Allocation forfaitaire égale à 300 Euros	Allocation forfaitaire égale à 300 Euros
PREVENTION		
Actes de prévention (3)	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (4)	
MEDICINE ALTERNATIVE		
Méthode Mézières, Ostéopathe, Etiopathe	50% FR dans la limite de 1% du PMSS par consultation et dans la limite de 10 consultations par an et par bénéficiaire	100% FR dans la limite de 1% du PMSS par consultation et dans la limite de 10 consultations par an et par bénéficiaire
Chiropractie, Acupuncture	-	
Psychomotricien	50% FR dans la limite de 0,67% du PMSS par consultation et dans la limite de 20 consultations par an et par bénéficiaire	50% FR dans la limite de 0,67% du PMSS par consultation et dans la limite de 20 consultations par an et par bénéficiaire
CURE THERMALE		
Cure thermale remboursée par la SS : - honoraires et soins remboursés par la SS - transport et hébergement remboursés par la SS	100 % de la BR plus un forfait annuel égal à 5 % du PMSS	100 % de la BR plus un forfait annuel égal à 10 % du PMSS
SERVICES		
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus	
Tiers Payant iSanté	Prévu*	
Tiers Payant Optique	Prévu*	

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / FR : Frais Réels /
MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique /
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)
* Dispositif disponible auprès des praticiens conventionnés Tiers Payant"

ANNEXE 5 : COTISATIONS MENSUELLES DES ACTIFS – BASE 2018

REGIME GENERAL	Taux contractuels	
	Sur PMSS	Sur TA TB
Régime de base obligatoire	2,96%	0,37%
Régime « Plus » facultatif	0,453%	-

REGIME ALSACE- MOSELLE*	Taux contractuels	
	Sur PMSS	Sur TA TB
Régime Socle obligatoire	1,93%	0,25%
Régime « Plus » facultatif	0,453%	-

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € en 2017)

TA : Tranche de salaire limité au plafond de la Sécurité sociale (39 228 € en 2017)

TB : Tranche de salaire comprise entre un plafond Sécurité sociale (39 228 € en 2017) et 4 plafonds Sécurité sociale (156 912 € en 2017).

* Les cotisations du régime Alsace-Moselle résultent du régime local de la Sécurité sociale.

Compte-tenu du niveau de réserve du régime en place lors de la signature de l'accord, il est convenu l'application d'**un taux d'appel de 92% en 2018** pour le régime des actifs selon la même répartition employeur / salarié.