

ACCORD COLLECTIF, RELATIF A LA MISE EN PLACE
D'UNE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE
OBLIGATOIRE

PREAMBULE

Titre I . CHAMP D'APPLICATION

Titre II . OBJET

Titre III . BENEFICIAIRES ET AYANTS DROIT

Article 1. Définitions générales

Article 2. Bénéficiaires des prestations Complémentaire Santé dans le cadre du dispositif à adhésion collective obligatoire

Article 3. Bénéficiaires des prestations Complémentaire Santé dans le cadre du dispositif à adhésion collective facultative

Article 4. Définition des ayants droit

Titre IV. CARACTERISTIQUES DU DISPOSITIF A ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Article 1. Caractère obligatoire de l'adhésion

Article 2. Catégories d'adhésion obligatoire

Article 3. Niveau de prestations

Article 4. Financement et cotisation

4.1. Montant global de la cotisation

4.2. Répartition de la cotisation

4.3. Evolution ultérieure des cotisations

4.4. Prélèvements sociaux et fiscaux

Titre V. CARACTERISTIQUES DU DISPOSITIF A ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE

Article 1. Conditions d'adhésion

Article 2. Catégories d'adhésion

Article 3. Niveau des prestations

Article 4. Financement et cotisation

4.1. Montant global de la cotisation

4.2. Répartition de la cotisation

4.3. Evolution ultérieure des cotisations

4.4 Compte de résultat

Titre VI. SUIVI DU PRESENT ACCORD DE COMPLEMENTAIRE SANTE

Article 1. Suivi de la Complémentaire Santé

Article 2. Pilotage

Article 3. Assurance du régime

Titre VII. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Entrée en vigueur

Article 2. Révision - Dénonciation

Article 3. Dépôt

PREAMBULE

Le présent Accord vise à la mise en place de règles harmonisées en matière de couverture complémentaire santé, tenant compte des dernières dispositions réglementaires et législatives en matière de régimes de prévoyance.

La Direction et les Organisations Syndicales se sont réunies afin de définir un dispositif commun obligatoire pour les salariés (conforme à la Loi FILLON), ainsi qu'un dispositif à adhésion facultative pour les anciens membres du personnel (conforme à la Loi EVIN).

Afin de permettre à chacune des parties de disposer des informations nécessaires au bon déroulement de cette négociation, un groupe technique de travail composé de représentants de la Direction et des Organisations Syndicales, a été mis en place.

Les membres du groupe de travail se sont réunis les 4 et 21 novembre 2008 afin d'étudier un dispositif commun obligatoire pour les salariés actifs et leurs ayant-droit, ainsi qu'un dispositif à adhésion facultative adapté pour les anciens membres du personnel et leurs ayant-droit.

A l'issue des réunions de négociation tenues les 13 octobre, 1er décembre et 10 décembre 2008, les dispositifs choisis l'ont été afin :

- d'assurer un niveau de garantie en adéquation avec la consommation réelle des assurés, l'objectif étant de limiter les restes à charge, mais également d'éviter les dérives éventuelles en la matière, -
- de permettre un niveau de couverture identique pour tous les assurés, le régime facultatif offrant toutefois la possibilité d'opter pour une grille de prestations supplémentaires, -
- de mettre en place un dispositif d'assurance maladie complémentaire respectueux des exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29 septembre 2005 et 2007-1937 du 26 décembre 2007), -
- de suivre l'équilibre du dispositif mis en place par le présent accord, -
- de se substituer au dispositif existant de complémentaire santé en vigueur dans les sociétés listées au Titre I : contrat Préviadiès n ° 2000644

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord concerne les salariés des sociétés / établissements .

- ESSO SAF
- ESSO RAFFINAGE SAF
- EXXONMOBIL CHEMICAL FRANCE
- IRPESSO

TITRE II - OBJET

Le présent accord collectif a pour objet d'assurer aux salariés, anciens salariés et leurs ayants droit une couverture complémentaire santé.

Le régime mis en place s'applique d'une part, à titre obligatoire, aux salariés inscrits aux effectifs, et d'autre part, à titre facultatif, à différentes catégories d'adhérents (voir Titre III - Article 3), notamment les anciens salariés.

TITRE III - BENEFICIAIRES ET AYANTS DROIT

Titre III - Article 1. Définitions Générales

Pour les besoins du présent accord, on appelle .

- « adhérent » un adhérent à titre obligatoire au régime institué dans le cadre du présent accord,
- « adhérent sortie entreprise » un adhérent à titre facultatif au régime institué dans le cadre du présent accord (voir titre III - Article 3),
- « ayant droit » une personne remplissant les conditions prévues dans le présent accord pour bénéficier des prestations offertes par le régime dont relève l'adhérent au titre duquel elle est couverte.

Titre III - Article 2. Bénéficiaires des prestations Complémentaire Santé dans le cadre du dispositif à adhésion collective obligatoire

Les garanties s'appliquent de plein droit à l'ensemble des salariés en activité (y compris les personnes en arrêt de travail ou en invalidité dont le contrat de travail est maintenu, les personnes en congé individuel de formation rémunéré par l'employeur, les titulaires d'un contrat de formation en alternance, les personnes bénéficiant d'une dispense d'activité), liés par un contrat de travail avec la société, sans condition d'ancienneté.

Il est précisé que le bénéfice de la garantie est maintenu de plein droit au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

Les anciens salariés avec rupture de leur contrat de travail antérieure au 1er janvier 2009 ne sont pas visés par le dispositif mis en place par le présent accord. Ainsi, ces anciens salariés conservent les conditions de la couverture existante au moment de leur changement de situation.

De même et pour autant que l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 soit opposable à l'entreprise, le bénéfice du régime est maintenu aux anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient des prestations de l'assurance chômage ; le maintien du régime vaut pour une durée au plus égale à 1/3 de la durée prévisible de versement des allocations chômage à compter de la date de cessation du contrat de travail, sans toutefois pouvoir être inférieure à 3 mois, aux conditions suivantes .

- L'ancien salarié justifie percevoir les allocations chômages ;
- L'ancien salarié acquitte, chaque mois, la part salariale des cotisations ; le défaut de versement de cette part salariale manifeste le refus du salarié de bénéficier du maintien du régime.

Titre III - Article 3. Bénéficiaires des prestations Complémentaire Santé dans le cadre du dispositif à adhésion collective facultative

Les garanties ne s'appliquant pas de plein droit aux catégories décrites ci-après, leur adhésion est donc facultative.

Dans ce cadre, les adhérents « sortie d'entreprise » doivent, pour pouvoir bénéficier des garanties instituées par le présent accord, faire leur demande dans les formes et délais prévus par le contrat avec le prestataire (6 mois) et s'engager, à la date d'effet de l'adhésion, à prendre en charge leur part de cotisation.

Seront concernés, après la date d'effet du présent accord, les bénéficiaires des dispositions suivantes .

- a) les membres du personnel qui deviendront bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi.
- b) les salariés dont le contrat de travail sera suspendu et qui ne bénéficieront pas d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.
- c) les personnes garanties du chef de l'adhérent décédé après la date d'effet du présent accord.

C.,

Les anciens salariés dont le changement de situation est antérieur à la date d'effet du présent accord conservent les conditions de la couverture existante au moment de leur changement de situation.

Titre III - Article 4. Définition des ayants droit

Sont bénéficiaires en qualité d'ayants droit d'un adhérent .

> le conjoint, le concubin notoire, le partenaire de pacte civil de solidarité , >
les enfants considérés comme à charge . - les enfants célibataires - jusqu'à leur
20^{ème} anniversaire, quelle que soit leur situation,

- jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, sur présentation de justificatifs, s'ils sont
scolarisés, étudiants, en apprentissage, sans critère de ressources, inscrits à
l'ANPE et/ou dont les ressources mensuelles sont inférieures à 18 % du
Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, ou handicapés reconnus comme
tels par le médecin conseil du prestataire.

A compter de leur 28^{ème} anniversaire, les enfants handicapés continuent à bénéficier de la
garantie en contrepartie du paiement de la cotisation « enfant handicapé ».

Est également considéré comme enfant à charge, l'enfant né viable moins de 300 jours
après le décès du membre participant.

TITRE IV - CARACTERISTIQUES DU DISPOSITIF A ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Le dispositif de couverture complémentaire santé à adhésion collective obligatoire, ci-après dénommé
"Esso Obligatoire", revêt les caractéristiques suivantes .

Titre IV - Article 1. Caractère obligatoire de l'adhésion

Les salariés sont obligatoirement adhérents, quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise.

Exceptions :

Les salariés suivants peuvent être dispensés d'affiliation .

- les salariés sous contrat à durée déterminée, pour qui cependant le choix d'adhérer ou pas au régime
obligatoire doit être effectué dans les 30 jours suivant le début du contrat, - les travailleurs
saisonniers, pour qui cependant le choix d'adhérer ou pas au régime obligatoire doit être effectué
dans les 30 jours suivant le début du contrat, - les salariés bénéficiant d'une couverture
complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi et qui en justifient annuellement, auprès
de la Direction, en produisant une attestation d'affiliation , - les salariés qui bénéficiaient déjà, au
jour de la mise en place du régime, d'un régime obligatoire famille de frais de santé par
l'intermédiaire de leur conjoint, concubin ou partenaire de PACS, et qui en justifient annuellement
auprès de la Direction en produisant une attestation d'affiliation, - les salariés qui seraient déjà
couverts, au jour de la mise en place du régime, par une assurance individuelle et ce pour la période
restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat
individuel.

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

Titre IV - Article 2. Catégories d'adhésion obligatoire

La catégorie d'adhésion de l'adhérent est fonction de sa situation de famille réelle, l'adhésion des ayants
droit est donc obligatoire.

Participant seul : il est seul à bénéficier des prestations du régime s'il n'a pas d'ayant droit répondant à la
définition du présent accord.

Participant avec Enfant(s) / Couple / Couple avec Enfant(s) : l'adhérent a des ayants droit répondant à la
définition du présent accord, ils bénéficient des prestations du régime au même titre que lui.

Les salariés chargés de famille sont tenus au seul paiement de la cotisation afférente au salarié lui-même
à condition que leurs ayants droit soient déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs (en particulier par

le régime d'entreprise du conjoint), et à condition d'en justifier annuellement auprès de la direction en produisant une attestation d'affiliation.

Cas particuliers

Dans l'état de la réglementation connue lors de la mise en place de l'accord:
lorsque deux conjoints, concubins, partenaires de PACS sont salariés de la société entrant dans le .
périmètre d'application du présent accord collectif, chacun d'entre eux est adhérent .

- s'ils n'ont pas d'ayant droit, ils adhèrent chacun en catégorie « Participant seul » ,
- s'ils ont des ayants droit, l'un adhèrera en catégorie « Participant seul » et l'autre en catégorie « Participant avec Enfant(s)».

L'adhérent devra fournir les pièces justificatives attestant de sa situation personnelle ou familiale ou à défaut une attestation sur l'honneur.

Les salariés en situation de mobilité internationale qui ne sont pas affiliés au régime de base de la Sécurité Sociale bénéficient d'une couverture complémentaire spécifique,

Changement de catégorie d'adhésion obligatoire

L'adhérent doit signaler, dans les meilleurs délais, tout événement modifiant sa situation de famille (naissance, adoption, mariage, concubinage, PACS, divorce, décès, modification de la composition familiale). Il doit renseigner et remettre le formulaire prévu en cas de modification de situation de famille ainsi que les pièces justificatives au service administratif de sa société qui les transmettra au prestataire.

Le changement de catégorie prend effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

Pour les enfants, ceux-ci sont garantis dès le jour de leur naissance, le changement de catégorie d'adhésion n'entrera en vigueur que le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

Titre IV - Article 3. Niveau de prestations

Le tableau des garanties au 1er janvier 2009 est annexé au présent accord. En aucun cas, il ne saurait constituer un engagement pour la société, qui n'est tenue à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Le niveau des prestations est identique quelle que soit la catégorie de personnel.

Le contrat d'assurance souscrit sera conforme aux dispositions visant les contrats responsables tels que définis par les décrets n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 ; le présent régime et le contrat y afférent sont donc mis en oeuvre conformément aux prescriptions des articles L871-1 et L242-1 alinéas 6 et 8 du Code de la Sécurité Sociale ainsi que les articles 83, 1^{er} quater et 995, 16⁰ du Code Général des Impôts.

Les salariés sont obligatoirement adhérents à la garantie "Esso Obligatoire".

Par ailleurs, le prestataire offre la possibilité de la compléter par une option "Esso Plus". S'il le souhaite, le salarié doit adhérer à cette option dans un délai de 6 mois pour qu'aucun délai de carence ne soit appliqué.

En cas d'adhésion à l'option facultative plus de 6 mois après l'adhésion à la garantie « de obligatoire, les délais de carence définis ci-après seront appliqués (délais durant lesquels les prestations du niveau de garantie précédent sont appliquées).

Par la suite, le passage d'un niveau de garantie à un autre ne peut intervenir qu'au terme d'un délai minimum d'adhésion de 1 an dans le niveau précédent. Dans ce cas, le transfert vers un niveau de garantie supérieur implique l'observation des délais de carence prévus ci-dessous (délais durant lesquels ce sont les prestations du niveau de garantie inférieur qui sont appliquées).

En cas de transfert vers un niveau de garantie inférieur, les prestations du nouveau niveau de garantie sont appliquées immédiatement.

Délais de carence (en application au 1er janvier 2009)

Prothèses dentaires / Orthopédie I Prothèses auditives

Optique / Orthodontie I Cures thermales I Chirurgie dentaire 6 mois

Participation aux frais de naissance / d'adoption 10 mois

Titre IV - Article 4. Financement et cotisation

Le financement de ce dispositif est assuré par des cotisations déterminées comme suit .

4.1. Montant global de la cotisation

Les cotisations servant au financement de la garantie collective « frais de santé » sont exprimées en forfait et fixées selon la composition familiale de l'adhérent.

Pour l'année 2009, elles sont égales à .

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Esso Obligatoire	Option Esso	Esso Obligatoire	Option Esso
Participant seul	64,14 € / mois	22,75 € / mois	41,43 € / mois	18,55 € / mois
Participant avec enfant(s)	111,23 € / mois	30,98 € / mois	71,47 € / mois	24,59 € / mois
Couple	119,65 € / mois	37,76 € / mois	77,11 € / mois	30,45 € / mois
Couple avec enfant(s)	166,93 € / mois	46,24 € / mois	107,14 € / mois	37,35 € / mois
Entant Handicapé	32,07 € / mois	11,46 € / mois	20,72 € / mois	9,34 € / mois

4.2. Répartition de la cotisation

A) Participation de l'employeur

Elle ne s'applique qu'à la garantie "Esso Obligatoire" pour les catégories d'adhésion Participant seul, Participant avec enfant(s), Couple et Couple avec enfant(s).

B) Participation du salarié

La participation du salarié est égale à la différence entre la cotisation globale et la participation de l'employeur. Le salarié finance, seul, l'option "Esso Facultative".

Pour l'année 2009, la répartition s'établit comme suit •

	Répartition de la cotisation relative à la garantie Esso Obligatoire	
	Employeur	Salarié
Participant seul	27,79 € / mois	36,35 € / mois
Participant avec enfant(s)	45,94 € / mois	65,29 € / mois
Couple	50,66 € / mois	68,99 € / mois
Couple avec enfant(s)	68,82 € / mois	98,11 € / mois
Entant Handicapé		32,07 € / mois

Au titre de l'année 2009, la participation de l'employeur représente 41 % de la cotisation relative à la garantie "Esso Obligatoire".

e.,

4.3. Evolution ultérieure des cotisations

Les cotisations sont réévaluées chaque année en fonction des résultats du contrat, sans qu'il résulte de cette réévaluation une modification du présent accord.

La part employeur est maintenue aux ratios de sa cotisation sur la cotisation globale telle que mise en place au 1er janvier 2009.

4.4. Prélèvements sociaux et fiscaux

Les cotisations ci-dessus sont des montants exprimés en brut.

Le caractère obligatoire du régime permet de faire bénéficier le personnel des dispositions des articles 83, 1^{er} quater du Code Général des Impôts et des articles L et D242-1 du Code de la Sécurité Sociale qui autorisent selon certaines limites .

- la déduction de l'assiette de l'impôt sur le revenu des cotisations afférentes (part employeur ainsi que part salarié) à un régime de prévoyance obligatoire ,
- l'exonération de cotisations salariales de Sécurité Sociale sur le financement patronal de cet avantage (sauf CSG/CRDS).

Ces indications ont un caractère purement informatif et ne sauraient engager l'entreprise, notamment en cas d'évolution des réglementations.

4.5. Compte de résultat

Un compte de résultat propre au régime obligatoire défini par les présentes dispositions sera établi et communiqué chaque année à l'entreprise en apportant toutes les informations utiles.

En outre, l'employeur demandera au prestataire d'établir chaque trimestre un tableau de bord du régime établissant les états de consommation ; le prestataire participera à toutes réunions d'information avec les salariés et/ou les instances de représentation du personnel que souhaiterait organiser l'entreprise.

TITRE V - CARACTERISTIQUES DU DISPOSITIF A ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE

Le dispositif de couverture complémentaire santé à adhésion collective facultative revêt les caractéristiques suivantes :

Les adhérents quittant le régime obligatoire (Loi Fillon) bénéficient des dispositions de l'article 4 de la Loi Evén. Le même niveau de garanties doit leur être proposé pour un montant de cotisation défini selon les conditions de la Loi Evén. Comme les adhérents ayant quitté l'entreprise avant la date d'effet du présent accord obligatoire, ils peuvent bénéficier s'ils le souhaitent, des garanties mutualisées Mip Base, Mip Plus / 2 et Mip Plus et cela, pour 'es retraités uniquement, dans les mêmes conditions de montant de participation de l'entreprise à ces programmes existants.

Titre V - Article 1. Conditions d'adhésion

Les adhérents « sortie d'entreprise » doivent adresser leur demande d'adhésion dans les formes et délais prévus par le contrat avec le prestataire et s'engager, à la date d'effet de l'affiliation, à prendre en charge la cotisation ou leur part de cotisation telle que définie à l'article 4 du présent Titre.

Titre V - Article 2. Catégories d'adhésion

Lors de son adhésion, l'adhérent « sortie d'entreprise » a le choix entre se couvrir seul, il cotise alors dans la catégorie « Participant seul » ou faire bénéficier ses ayants droit tel que définis par le présent accord de la couverture au même titre que lui, il cotise alors dans la catégorie « Participant + enfant(s) » ou « Couple » ou « Couple avec enfant(s) ».

Changement de catégorie d'adhésion

L'adhérent « sortie d'entreprise » peut demander à changer de catégorie.

Dans ce cas, il devra renseigner et remettre le formulaire prévu à cet effet, notamment en cas de modification de sa situation de famille (naissance, adoption, mariage, concubinage, PACS, divorce, décès, modification de la composition familiale) au service administratif de sa société qui les transmettra au prestataire.

Le changement de catégorie prend effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

Pour les enfants, ceux-ci sont garantis dès le jour de leur naissance, le changement de catégorie d'adhésion n'entrera en vigueur que le 1^{er} jour du mois suivant l'événement.

Titre V - Article 3. Niveau des prestations

Il convient de se reporter au tableau des prestations fourni en annexe.

Le contrat d'assurance souscrit sera conforme aux dispositions visant les contrats responsables tels que définis par les décrets n ° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et n ° 2007-1937 du 26 décembre 2007 ; le présent régime et le contrat y afférent sont donc mis en oeuvre conformément aux prescriptions des articles L871-1 et L242-1 alinéas 6 et 8 du Code de la Sécurité Sociale ainsi que les . articles 83, 1⁰ quater et 995, 16⁰ du Code Général des Impôts.

En cas d'adhésion plus de 6 mois suivant l'événement qui donne droit au maintien de la garantie, les délais de carence définis ci-après seront appliqués.

Choix de la garantie

En cas d'adhésion à l'option dans les 6 mois suivant l'adhésion à la garantie « de base aucun délai de carence n'est appliqué.

En cas d'adhésion à l'option plus de 6 mois après l'adhésion à la garantie « de base », les délais de carence définis ci-après seront appliqués (délais durant lesquels les prestations du niveau de garantie précédent sont appliquées).

Par la suite, le passage d'un niveau de garantie à un autre ne peut intervenir qu'au terme d'un délai minimum d'adhésion de 1 an dans le niveau précédent. Le transfert vers un niveau de garantie supérieur implique l'observation des délais de carence prévus ci-dessous (délais durant lesquels ce sont les prestations du niveau de garantie précédent qui sont appliquées).

En cas de transfert vers un niveau de garantie inférieur, les prestations du nouveau niveau de garantie sont appliquées immédiatement.

Le transfert d'un niveau de garantie inférieur vers un niveau de garantie supérieur « pour convenance personnelle » ne peut s'effectuer que deux fois pendant la période d'adhésion à la Mutuelle.

Lorsque ce transfert a été effectué deux fois, le retour à un niveau de garantie inférieur n'est plus possible.

Délais de carence (en application au 1er janvier 2009)

Prothèses dentaires I Orthopédie / Prothèses auditives

Optique / Orthodontie / Cures thermale / Chirurgie dentaire 6 mois

Participation aux frais de naissance / d'adoption 10 mois

Titre V - Article 4. Financement et cotisation

Le financement de ce dispositif est assuré par des cotisations déterminées comme suit .

4.1. Montant global de la cotisation

Les cotisations servant au financement de la garantie collective « frais de santé » sont exprimées en forfait et fixées selon la composition familiale de l'adhérent « sortie d'entreprise ».

Pour ceux, parmi les adhérents « sortie d'entreprise », qui auront choisi de souscrire aux garanties mutualisées Mip Base, Mip Plus / 2 et Mip Plus, les cotisations sont celles qui ont été votées lors de DL l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Pour ceux, parmi les adhérents « sortie d'entreprise », qui auront choisi de souscrire à la couverture complémentaire facultative offrant les mêmes prestations que "Esso Obligatoire", les cotisations pour l'année 2009, sont égales à :

	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Base Esso "Obligatoire"	Option Esso Plus	Base Esso "Obligatoire"	Option Esso
Participant seul	93,00 € / mois	32,99 € / mois	60,07 € / mois	26,90 € / mois
Participant avec enfant(s)	161,28 € / mois	44,92 € / mois	103,63 € / mois	35,66 € / mois
Couple	173,49 € / mois	54,75 € / mois	111,81 € / mois	44,15 € / mois
Couple avec enfant(s)	242,05 € / mois	67,05 € / mois	155,35 € / mois	54,16 € / mois

4.2. Répartition de la cotisation

A) Participation de l'entreprise

Elle ne concerne que les retraités et ne s'applique qu'à la garantie « de base » pour les catégories d'adhésion Participant seul, Participant avec enfant(s), Couple et Couple avec enfant(s).

Dans tous les cas, cette participation sera égale à celle correspondant à la participation de l'entreprise à la cotisation Mip base de l'accord IJF IP.

B) Participation de l'adhérent « sortie entreprise »

Elle est égale à la différence entre la cotisation globale à la garantie « de base » et la participation de l'entreprise.

4.3. Evolution ultérieure des cotisations

Les cotisations sont réévaluées chaque année en fonction des résultats du contrat.

En cas de hausse des cotisations, celle-ci est prise en charge en fonction des règles suivantes.

- la part de l'entreprise évolue en fonction de l'accord UFIP, suite à la décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle
- la part de l'adhérent « sortie d'entreprise » est égale à la différence entre la hausse globale et la part prise en charge par l'entreprise

4.4. Compte de résultat

L'employeur demandera au prestataire d'établir un compte de résultat intégrant les opérations réalisées au titre du régime « facultatif » non consolidé avec le compte de résultat du régime « obligatoire ».

TITRE VI - SUIVI DU PRESENT ACCORD DE COMPLEMENTAIRE SANTE

Titre VI - Article 1. Suivi de la Complémentaire Santé

Le suivi des résultats du contrat d'assurance visé par le présent accord est assuré par la commission Retraite et Sociale Mixte, assistée d'un comité technique, qui comprend d'une part des représentants de la Direction, d'autre part des représentants des Organisations Syndicales représentatives, à raison de 2 représentants par Organisation Syndicale.

Le comité technique de la Complémentaire Santé se réunit au moins une fois par an pour examiner les comptes annuels de résultats du contrat sur la base des résultats, données, statistiques fournis par l'organisme assureur.

Titre VI - Article 2. Pilotage

Les évolutions ultérieures concernant d'une part le niveau des prestations et d'autre part le financement du régime relèvent de la négociation entre la Direction et les Organisations Syndicales. Notamment une négociation serait engagée si la commission Retraite et Sociale Mixte venait à noter un dérapage du montant des cotisations ou de la répartition de ces cotisations entre l'entreprise et les assurés.

Titre VI - Article 3. Assurance du régime

3.1. Conformément aux dispositions légales applicables, et notamment aux articles L .912-1 et L .912-2 du code de la sécurité sociale, les parties conviennent de se réunir au minimum tous les cinq ans pour examiner s'il est nécessaire de revoir le choix de l'organisme qui assure les garanties.

3.2. Opposabilité du contrat d'assurance

Le détail des garanties et les modalités et conditions de liquidation des prestations sont définies par le contrat d'assurance. L'assureur fournit une notice décrivant ces garanties, modalités et conditions, laquelle sera remise aux salariés de telle sorte que ces caractéristiques leur seront opposables.

TITRE VII - DISPOSITIONS GENERALES

Titre VII - Article 1. Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.
Il entrera en vigueur le 1er janvier 2009.

Titre VII - Article 2. Révision - Dénonciation

Dans le cas où les conditions légales ou réglementaires en vigueur à la date de conclusion du présent accord viendraient à être modifiées, la Direction et les Organisations Syndicales conviennent de se rencontrer dans les meilleurs délais afin d'évaluer leurs conséquences sur le présent accord.

En cas de dénonciation, le présent accord continuera, conformément aux articles L2222-6, L2261-9, L2261-10, L2261-11, L2261-13 et L2261-14 (anciennement article L 132-8) du code du travail, à produire

effet jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord destiné à le remplacer ou, à défaut de conclusion d'un nouvel accord, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

Titre VII — Article 3. Dépôt

Conformément aux dispositions prévues aux articles L2231-6, L2261-1, L2262-8 et D2231-1 (anciennement article LI 32.10) du code du travail, le présent accord sera déposé en 1 exemplaire à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi, et de la Formation Professionnelles des Hauts de Seine.

Fait à-Paf4s, le 23 décembre 2008

En 19 exemplaires originaux Pour

Grille de prestation de soins de réadaptation CCAM Dans le parcours de soins coordonnés

Code de		Société		us		pwr		2008		Z2S	
de	Sont	th	RBT	SS	i	Nr					

Le

nsdtatms, G nsultations, visite Spédallstes visites *ofesseurs ted-miques médkwx hors hospitalisatix* tes chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation : ad" dlnuwle, ades téodensitométrle remboursée CTES PARA-MEDICAUX octes hws noma'datwe adus	70 ou 100% TC 70 ou 100% TC 70 TC BR TC ARM CIE	120%TC 160% TC 100% BR k22% BR 100% BR -30%FR .	TC (3)
urnacie rembrwsée par la Séwdté sodde	35/65% TFR	jusqu'à LOO% FR	
(2%)PMSS/an) plafonné PMSS/an bstituts nic*Iniques rembowés par la Séwdté sodale (forlaR par an et par 50 Vanlpp ("ri& 10 a.) LS C I consuhatlo-n de Santé hors nomenclature : ostéopathie. étlopathie, héliDùléraple. klnésithérapie, awpunaure du lors qu'ils sant "spense par des professlmnels de santé édedns) au 30 c 27 C/ tonsultatlon ("mitée const'tatlms du code de la Santé Publique. FORFAIT pav an par bénéficiaire pour la prestations de préventio-nfigurant dans la liste publiée au Journal officiel' du juin 2006 remboeriées dang jas conditions/da prlse en kcharge des sarantles souscrRës Scellemmt dg puits, sltms et assures (SCB), rész'e l'acte soit- effectué sur ies première et deuxième p.manentes, quor nIntervienne qu'une fol' par dent, réalisé en cas de "sques carieux et avant 14 ans. 2. u tartrage annuel sus- et sous-glngiv*, effectué en deux séances maximum (SCI 2). 3. Bilan du langage Nal eVou N'an l'aguisiti--* û. l'x.gage tAH024), condition quil s'a#sse d'un yernler réalLsé *lez un d ns de 14 ans. 4. Dé*tage de T'épatlte B (codes NABN 4713, 4714, 0323, 03Si). S. Dép4stage une '015 COLS les dng ans des trou"es de rauditlon chez les personnes aqées de de 50 ans pour un des acte ivants : a) Audiométrie tonale ou voca'e (COQPOIO), b) Audloméule tona'e avec tymp&.amétrie (CDQPOi5). c) AudiaméMe vocale dans 'e (CDQPOXI), d) Audiométrie tanale et vot*e @QPOI e) Audiométri nale et vocale avec tympanom'étrie (OQP002). L'ade d'oscéodensitométrie par rasswance maladie obligatoire ; sans ptéjodice des conditions dlnstrpction de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge est lImRée aux femmes de 50 ans, une ColS tous les six 7. Les vacdnatlo-ns suivantes, seules ou : a) Diphtérie, pdiomyélite : ZM rs âges. b) Coqueluche : avult ans. c) HépaUte B : avant 14 ôns. : avant 6 e) Rubéole les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées pour les femmes non Immunisées d&lrant entant, f) Haemophi*us lanuenzae B, g) Vaccination contre Ces infections inva51 ves eumaco ues our les enfants de moins de dix-huit mois.			
natyses nomenclature	ANA TC YSES	110* TC	
ins et chirurgie dentaire {1) othèse dentaire remboursée par ta SS (t) othèse dentaire non remboursée et autres travaux dentaires ho" nomenclôture (S) 'Wants (Forfan par limité implants tous les 2 ans) lav.core SPR 57/67 (Bafonné 3 pu an) - FORFAIT rembÔL5Sée par la Sécwité sodate rhodontie non remboursée par la Sécurité sociale	TC TC TC	30%TC+ MC 76,22 c-fan Tan 15DÇimpEant • 76,22 tS2.4S 200% 150% TC	S2%TC fnlawonlay/3/an 119.86% Rbt SS Wimp'ant 219.72% SS 300% TC 450% TC
édicaux et Liste Produits et des Prestations Remboursables (LPPR. ex-TIPS) pparelJ audldr remboursé Sécurité 50dale	65 ou TC 65 ou TC an e	4'5%(PNSS)'LSO% Rbt SS +31S0% RbE SS	38S ou 3S0% AM SS 385 ou 350% SS
Verres et montures plafonnés à un équipement lans et par bénéficiaire (enfants Fortan multure + vmes ou entants Forfait monture + verres progressi*s rfaît bris rwnes rembowées py la Sécurité sodale - Ferrait ntilles nan rembowées par la Sécurité sodale	1 an' TC TC TC	tIS 121,96 c 230 c _ 76,22 c 76,22 c p>ss PNSS	PNSS 9.20% PMSS 4.2S% PMSS PNSS
Surveillance médicale Frals d'établissement therma.l Transport Hébergement 4	TC TC e HOPITAüSA	30WTC TC IO%BR . PNSS	130%BR PNSS
Honoraires, séjour Supplému't séjour hirurg'cale (y compris 'a chirurg'e réfractive remboursée) Honoraires, séjour séjwr Dépassements actes techniques médicaux d'honoraires actes de chirurgie et d'anesthésie Chiruvgie réfractive non remboursée par la S.S. (ex Kératotomie) ûambre particulière et périurale et dépassements d'honoraires a" d'accompagna"t en hosplta"er ou 'oyer "accueil ORFAIT JOURNALIER		•270%BR mssn .270% BR ou 250% BR 250% BR PNSS/'	FR (2) FR (2) 100% FR (2) t00% FR (2) 100% FR (2) FR PNSS/J LOO%FR 30))
Rembwrse ar 'a Sécurité sociale	TC	PO	
Honoraires. séjour (suite hospitallsatioa) Supplément (sans hospltalisatlon RTICIPATION FAA5 NEDtuÜx surs' A		22,87 TC limlté 30 j + RAC RAC	RAC

Frais

sens

1.

6.

d)

- Plafonds ten
ewos)

appliwés au des versées année civ*e et par

3 • 155%TC pour avi' ponctue' sur demande du médedn traitant.
205%TC pour avis ponctuer sur demande du médecin traitant.

4 - Jnlndre obligatoirement fcture d'héhememenL
S • ne rembourse ptque métanlque non remboursée pour pose d'un

2 - hospitalisation 6 - particip•tJO" • 'rais médlc.ux suit. •doptlon" est couverte le collecdf souscrit Supplément •"sur p•âicuaire, différence de 6e da La MXP. Ce r'vi»ble amœUemeN.
2.1%PMSS/) p*It les actes chÉwgicaux duit BR intérieure à 267 C

7 - Dans ra limite des 'rais réels et sur présentation des justificatifs.

4. actes cNm9lcauN dont BR 167C

le m•lade est S9é de - te 4 70 enf•nts handic•pés.

chirurgicale en non conventionné: ptaf*1-d honaares el des FR 10 WO Et.

et A-Mosella ESSO OBLIGATOIRE FACULTATIVE

Hospitalisation médicale Option facultative

PROTHESE REMBOURSEE360% TC Rbt SS

Honoraires, FR limité ISO%8R

RAC•: Rege char9e : panie de la restar* à charge, après versement des prestatiœs de ta SS et/W MP.

Supplément séjour t00% FR limité PMSS/J

FR : Fals réels

I Hospit.lisation chirurgicaleBR : la Base de '«respond au de de la Sécurité dans la CCA" et TZA Honoraires, séjow 100% FR SSC%BR TM Ticket Modérateue

Supplément séjour 100% FR limité à 2.5% TC : de Séculti

Dépassements teûniques médicaux 100% FR ISO%BR PNSS : mensuel Sicwité socizFe : exprimé en 'onaton au au premier Janvier de en CWB. d'honoraires actes de chirurgie et d'anesthésie 100% FR limité

150%BR TFR : e-e de ua participation forfaitaire est prise en charge par votre euros au 01/09/2006) i 7/12/2008