

ACCORD COLLECTIF RELATIF A LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE

convenu ce qui

suit :

A compter du 1^{er} octobre 2015, le présent accord se substitue à l'accord collectif relatif à la mise en place d'une couverture complémentaire santé obligatoire du 12 juillet 2013 tel que modifié par l'avenant n° 1 du 27 mars 2014.



SOMMAIRE

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

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

66

PREAMBULE

La Direction et les Organisations Syndicales ont convenu de définir à dater du 1^{er} janvier 2009 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).

Un premier dispositif est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009 par accord collectif du 23 décembre 2008 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 des prestations complémentaires, - De mettre en place un dispositif conforme aux exigences des contrats dits « Responsables », telles que définies par le code de la sécurité sociale, - De suivre l'équilibre du dispositif.

Celui-ci a été ensuite amendé par 2 avenants. Le premier avenant du 10 novembre 2011 ayant pour objet de relever le niveau de certaines prestations. Le deuxième avenant du 14 décembre 2012 ayant

~~pour objet de porter la participation employeur à 50% de la cotisation relative à la garantie obligatoire.~~

L'accord du 12 juillet 2013 a remplacé le précédent accord du 23 décembre 2008 et ses deux avenants et visait également à simplifier les processus administratifs.

L'avenant du 27 mars 2014 à l'accord du 12 juillet 2013 est venu porter la participation employeur à 55% de la cotisation relative à la garantie obligatoire, préciser le financement de la complémentaire santé spécifique des expatriés et convenir du lancement d'un appel offre sur la complémentaire santé.

Le présent accord collectif s'inscrit dans la continuité de l'accord collectif du 12 juillet 2013 et son avenant du 27 mars 2014. Afin de favoriser la meilleure compréhension de ce dont ont convenu la Direction et les Organisations Syndicales, la Direction et les Organisations Syndicales ont convenu de la réécriture complète du texte plutôt que de la rédaction d'un avenant.

Il fait suite aux travaux du comité technique de la complémentaire santé comprenant des représentants de la direction et des organisations syndicales représentatives (réunions de préparation du cahier des charges, de suivi de l'appel d'offres et de sélection du prestataire, tenues les 25 juin 2014, 10 juillet 2014, 19 septembre 2014, 29 octobre 2014, 25 novembre 2014, 22 janvier 2015, 13 février 2015, 10 mars 2015 et 27 mars 2015 et réunion du 8 avril 2015, préparation du projet de texte d'accord) et à la négociation de groupe menée avec les organisations syndicales représentatives, lors de la réunion du 12 mai 2015 et aux avis des CCE recueillis en juin 2015.

Le présent accord définit les règles en matière de couverture complémentaire santé, en tenant compte des dernières dispositions réglementaires et législatives en matière de régimes de prévoyance. En particulier, il respecte les dispositions des contrats dits « responsables ».

Il est précisé que le présent accord de groupe est conclu selon des modalités différentes selon les parties en cause :

- par accord de groupe entre les sociétés et les représentants des organisations syndicales du groupe constitué par l'UES Esso SAF et Esso Raffinage et par ExxonMobil Chemical France, - par décision unilatérale de l'employeur pour l'IGRS Esso.

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord concerne les salariés des sociétés / établissements •

- ESSO SAF et ESSO RAFFINAGE, constituées en une Unité Economique et Sociale
- EXXONMOBIL CHEMICAL France

L'IGRS ESSO pourra mettre en œuvre conformément à l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale le régime décrit par le présent accord.

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 des sociétés comme définis au Titre III — Article 2, et d'autre part, à titre facultatif, à différentes catégories d'adhérents (voir Titre III - Article 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 et y compris les salariés détachés en situation de mobilité internationale), 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 1^{er} 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.

Le bénéfice du régime est maintenu à titre gratuit au salarié en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Ce bénéfice est alors maintenu à compter de la date de cessation du contrat de travail et

pendant la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail chez le dernier employeur sans pouvoir excéder 12 mois, dans les conditions prévues à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale. L'ancien salarié devra justifier percevoir les allocations chômage.

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 (soit dans les 6 mois à compter du départ de l'entreprise, soit, si cela leur est plus favorable, dans les 6 mois suivant le terme de la période durant laquelle ils bénéficient du mécanisme de portabilité) et s'engager, à la date d'effet de l'adhésion, à prendre en charge leur part de cotisation.

Conformément à l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 2009, sont concernés, depuis le 1^{er} janvier 2009, les bénéficiaires des dispositions suivantes :

a) les anciens salariés 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 est suspendu et qui ne bénéficient 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 le 1^{er} janvier 2009.

Les anciens salariés dont le changement de situation est antérieur au 1^{er} janvier 2009 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 annuelle de justificatifs auprès du prestataire, s'ils sont scolarisés, étudiants, en apprentissage, sans critère de ressources, inscrits à Pôle Emploi et/ou dont les ressources

mensuelles sont inférieure à 18% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, ou handicapés reconnus comme tels par le médecin conseil du prestataire.

Si l'adhérent ne fournit pas les justificatifs de situation demandés par le prestataire, ces enfants perdront leur qualité d'ayant-droit dès le 1^{er} janvier de l'année suivant la demande de justificatifs.

Sur simple déclaration écrite de changement de situation fournie par l'adhérent à la Direction, ces enfants ne seront plus bénéficiaires en qualité d'ayants droits de l'adhérent. Le changement éventuel de catégorie prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la déclaration. Un enfant ayant perdu la qualité d'ayant droit telle que définie ci-dessus, qui réunit à nouveau les conditions requises peut à nouveau être admis au bénéfice du régime, sous réserve que l'adhérent produise les justificatifs requis.

- Au-delà de leur 26ème 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 Actifs 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, en outre, les salariés sous contrat(s) à durée déterminée excédant (ensemble) 12 mois doivent, pour bénéficier de la dispense, justifier d'une couverture individuelle correspondant au même type de garanties que celles résultant du présent accord.
- 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 bénéficient en tant qu'ayants droit, pour les mêmes risques, d'un régime collectif et obligatoire famille de frais de santé remplissant les conditions mentionnées au 6^{ème} alinéa de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale, et qui en justifient annuellement auprès de la Direction en produisant une attestation d'affiliation, le changement éventuel de catégorie ou la dispense d'affiliation prenant effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois suivant la production de l'attestation.
- Les salariés détachés en situation de mobilité internationale déjà soumis à l'obligation de souscrire une complémentaire santé dans leur pays d'accueil.

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, ces ayants droit 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 ; ces ayants droit ne bénéficient alors pas de la couverture résultant du présent accord.

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 l'une des sociétés entrant dans le périmètre d'application du présent accord collectif, chacun d'entre eux est adhérent :

- s'ils n'ont pas d'ayant droit, soit ils adhèrent chacun en catégorie « Participant seul soit l'un d'entre eux seulement adhère en catégorie « Couple » ;
- s'ils ont des ayants droit, soit l'un adhère en catégorie « Participant seul » et l'autre en catégorie « Participant avec Enfant(s) », soit l'un d'entre eux seulement adhère en catégorie « Couple 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.

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 modifiant la situation de famille, sous réserve d'en avoir informé l'employeur.

Dans le cas où le justificatif produit pour attester d'un changement de situation de famille est une déclaration sur l'honneur, le changement de catégorie prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la production de la déclaration sur l'honneur.

Les enfants sont garantis dès le jour de leur naissance, le changement éventuel de catégorie d'adhésion n'entrant 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 octobre 2015 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 est conforme aux dispositions visant les contrats responsables tels que définis par la législation.

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

Par ailleurs, le prestataire offre la possibilité de la compléter par une option "Esso Actifs 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 "Esso Actifs Plus" facultative plus de 6 mois après l'adhésion à la garantie de base "Esso Actifs", les délais de carence définis ci-après seront appliqués (délais durant lesquels les prestations du niveau de garantie précédent sont appliquées).

A titre exceptionnel, les adhérents à la garantie obligatoire « Esso Actifs » pourront, s'ils le souhaitent, adhérer à la garantie « Esso Actifs Plus » entre le 1^{er} octobre 2015 et le 31 décembre 2015 sans application de délai de carence.

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.

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 octobre 2015)

Prothèses dentaires / Orthopédie / Prothèses auditives

Optique / Orthodontie / Cures thermales / 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 du contrat MIP servant au financement de la garantie collective frais de santé » sont exprimées en forfait et fixées selon la composition familiale de l'adhérent.

Pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2015, elles sont égales à :

en € TTC / Mois Contrat obligatoire	Régime Général	
	Esso Actifs	Esso Actifs Plus
Participant seul	46,14	23,53
Participant avec enfant(s)	80,04	32,02
Couple	86,10	39,03
Couple avec enfant(s)	120,12	47,80
Enfant Handicapé	23,07	11

Pour l'année 2016, elles sont égales à :

en € TTC/ Mois Contrat obligatoire	Régime Général	
	Esso Actifs	Esso Actifs Plus
Participant seul	52,43	19,51
Participant avec enfant(s)	94,18	28,24
Couple	99,85	33,25
Couple avec enfant(s)	139,12	41
Enfant Handicapé	26,21	9,75

4.2. Répartition de la cotisation

A) Participation de l'employeur

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

La participation de l'employeur est de 55% de la cotisation relative à cette garantie « Esso Actifs » pour chacune des 4 catégories ci-dessus.

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 Actifs Plus » facultative.

4.3. Evolution ultérieure des cotisations

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

4.4. Prélèvements sociaux et fiscaux

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

Le caractère obligatoire et « responsable » du régime permet de faire bénéficier le personnel des dispositions des articles 83, 1 • quater du Code Général des Impôts et des articles L et D242-1 du Code de la Sécurité Sociale qui autorisent :

- la déduction de l'assiette de l'impôt sur le revenu des cotisations afférentes (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 Evin. Le même niveau de garanties doit leur être proposé pour un montant de cotisation défini selon les conditions de la Loi Evin. En lieu et place, ils peuvent bénéficier s'ils le souhaitent, des garanties mutualisées MIP Base, MIP Plus 1 2 et MIP Plus et cela, pour les 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 compléter 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 prestataire.

Le changement de catégorie prend effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois suivant l'événement modifiant la situation de famille, sous réserve d'en avoir informé l'employeur.

Dans le cas où le justificatif produit pour attester d'un changement de situation de famille est une déclaration sur l'honneur, le changement de catégorie prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la production de la déclaration sur l'honneur.

Les enfants sont garantis dès le jour de leur naissance, le changement éventuel de catégorie d'adhésion n'entrant 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 est conforme aux dispositions visant les contrats responsables tels que définis par la législation.

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 « Esso Retraités Plus » dans les 6 mois suivant l'adhésion à la garantie de base « Esso Retraités », aucun délai de carence n'est appliqué.

En cas d'adhésion à l'option « Esso Retraités Plus » plus de 6 mois après l'adhésion à la garantie de base « Esso Retraités » à la date d'entrée en vigueur du présent accord, 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 1^{er} octobre 2015)

Prothèses dentaires / Orthopédie / Prothèses auditives

Optique / Orthodontie / Cures thermales / 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 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 Retraités ».

Pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2015, elles sont égales à :

en € TTC / Mois	Régime Général	
	Esso Retraités	Esso Retraités Plus

Participant seul	100,38	34,79
Participant avec enfant(s)	174,08	47,37
Couple	187,25	57,74
Couple avec enfant(s)	261,26	70,70

Les cotisations pour l'année 2016, sont égales à :

en € TTC / Mois	Régime Général	
	Esso Retraités	Esso Retraités Plus
Participant seul	77,33	28,89
Participant avec enfant(s)	138,21	40,89
Couple	147,51	51,03
Couple avec enfant(s)	205,89	61,29

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 UFIP et pour autant que subsiste la participation de l'employeur à la cotisation des retraités couverts par la MIP.

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 IJFIP, suite à ta décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle
- la part de l'adhérent « sortie d'entreprise » est égale à ta 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.

Le comité technique de la Complémentaire Santé émet des recommandations à la direction sur l'augmentation annuelle des cotisations se rapportant à la Complémentaire Santé et des recommandations à la direction et aux organisations syndicales sur le changement de niveau des prestations.

Les recommandations du comité technique de la Complémentaire Santé sont ensuite validées par la commission Retraite et Sociale Mixte.

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 changement du niveau de prestations, 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 à l'article 1- 012-2 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 octobre 2015.

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.

Les parties signataires pourront réviser les dispositions du présent accord à leur convenance, auquel cas un avenant serait conclu entre les parties dans les mêmes formes que le texte initial.

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 L1 32-8) 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 du code du travail, le présent accord sera déposé en 1 exemplaire à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de l'Ile-de-France.

Il sera également déposé un exemplaire au secrétariat-greffe du Conseil des Prud'hommes de Nanterre.

Fait à Courbevoie, le 19 juin 2015, en 13 exemplaires originaux.

Prestations	Réalme responsable	Régime responsable
	Esso Actifs Retraités	Esso Actifs I Retraités Ptus

Fr"	Sécurité sociale	
CAS vit:tes : spédaestes, profeszum cas	ta BR	t20% BR
Prath'en CAS	6e BR	100% de ta BR
techniques bom hospitaEsaion	BR	des FR
CAS		ttO%detabr
cas		t30% dela BR
CAS		
AcEs de et hors hospitalisatbn		
Radhbgie actes thi*rie, adea	CA S	du TFR Jusqu'à tOO% des FR es Frai. Réeb
non	non CAS	des Frais Rée"
Au *tlaltes trédicatt*		lbnité e par an l bénéneia.ire 80 e par an l béréfdaYe
PharmacSe•		det FR
PhartTWde pst Séctmté ucale		1 % du PUSS par an l
mats non par ta Séwrité sociale, contracepblü'	SO e par	
Ptevention		15 e utuultabm
Vacdns chyge pat la Sécuttté sociale		ltwée 10 toasNa60as par
nioobnimles remboumèa par la Sécutdté		33 e l
sociale ou pat ID Sécutrté		l àniée 10 par
Frais de noffenciature ergothérapeute, Mûopbste. podologue, hypmmétapeute,,	2006 •:t	
phyb-t1énpeute. ébopae'S bélmérapa oct.*locture ion sont	dM\$	gt des
dispensés par des de santé (n*decinsl ou teno code de ta canti		
Les dans la auJogna/	70%de1aBR	ttO%de1aBR 130% BR
Analyse rettbtoutSée par b sociale		Plafond de remboursement par OM1ée civile et par bénéficiaire
Denta&e		& BR du RAC
Cu'.utbbmts. et ades rernboursés la	6e BR	de la BR du RAC dans 'es du contrat responsable dans let ErNtet du
Sécutrté socide	150% de 13	contrat responc:le
(lday Onlay Ptomé 3 par on non CAS	BR	
	130% de ta	390% de BR
	BR	360* de to BR
	120% de	187% de la BR
Proutées renéourgéet par la Sécutité socia*e RéFe général alsace	de ta BR	deia BR
3 par on	de BR	126% dela BR
Probzès dentares nm et outres tavaux dettWres renbowsès par la	\$42% de BR	t54% dela BR
ou 100% de BR ou 100% ta BR	122% de BR	
6e la BR		

Séwrtté		275 e par an	an
I nvlamobgie!			
- Plaque - Limité à 2 actes tous les 2 ans	-	400 € par implant	420 € par implant
- Pilier implantaire, travaux implantaires	-	275 € par an	115 € par an
- Couronne sur implants	70% de la BR	234% de la BR	75% de la BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% de la BR	300% de la BR	300% de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	200% de la BR	450% de la BR
Appareillage			
Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) dont Orthopédie	60 ou 100% de la BR	70% / 30% de la BR (mini 4.5% du PMSS) + 150% MR	385% ou 350% du MR
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale	60 ou 100% de la BR	240% / 200% de la BR (mini 2,8% du PMSS) + 150% MR	400% ou 435% du MR
Optique			Limitation pour les adultes à un équipement tous les 2 ans "
Monture adulte (hors monture solaire)	60% de la BR	125 €	25 €
Monture enfant (hors monture solaire)	60% de la BR	125 €	25 €
(A) Verres simples (sphère comprise entre -6,00 et + 6,00 sans cylindre)	60% de la BR	60 € par verre	78 € par verre
(B) cim*s hors (A)	60% de la BR	BS e par verre	75 e verre
(C) verres rogressifs hors (D) ("sphère hors zone -6,00 et + 6,00 ou cylindre	60% de la BR	175 € par verre	110 € par verre
chapiés•• et supérietr à +4,00i			
voqressibéro-quadroques			
(D) Verres progressifs, sphère-cylindriques (sphère hors zone a -6,00 et + 6,00)	60% de la BR	295 € par verre	55 € par verre
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60% de la BR	225 € par an / bénéficiaire y compris TM	-
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	207 € par an / bénéficiaire	127 € par an / bénéficiaire
Cure thermique remboursées			
Surveillance médicale	70% de la BR	30% de la BR	-
Frais d'établissement thermal	65% de la BR	35% de la BR	-
Transport	65% de la BR	70% de la BR	130% de la BR
Hébergement	65% de la BR	150,01 € + 5% du PMSS	10% du PMSS

RAC . Rette charge garbe de la dépmoe i Ü1arpe bënëßdaäre
 Les pu la Séwneé teic que i r•rtße R671.2 1 ' du Code de la Séarité gouale (déaet
 nQ014-t374 du 12014 les øntOt3 pr•b en par Mutueae les ef
 dénnie•3 par ta sous résave de ifObigaøm de Bise en chuve "in*mle ücâet
 Let dépasoeft*nts Bntaires des méâedns niyaot pas au CAS lcorfrDt aux 804M} préw par la naâmaJe
 rtenuonnée L '62-5 Code de la sociale soot pH' en charge par la Mutue•e dans doWe de 100% tarif et du en
 ctwge pour lea rtédecino Dfiérents au CAS (drué Tun nontant âgd â tarif oppo•aWe
 Le contrat étant cdJecüf gant prb en par la MutueUe dans les (Witet et plabods dé%lies pat ta
 - Jes par Séarité so&le que dé%üs i ryicJe 09'1.1 du code de la
 (Panier de sous réserve de de en ctBtge icket

Optique La de 2 ms â convter de b date Cae•nt, eest â la date
 rete me par sur ses Cu éqt.:peræt
 EDe â 1 le bënëchire est nnetr as de
 rmcuegenmt de téq.lberænt jtßtmé me de la we (sur
 rowele pottart une précédente m: de la hitlde les
 patées pu roptiöm en arbc.k RI 651 Ou Code de la
 Séaxttâ sodaie).

les reaboumés par la Sécurité sociale que dé%n.is au MicJe {his de sü.s et de sons
 Cormopédie réser•ve de toujptbn Oe ptise en charge de de la Base de Retrbouræment •ochle

