



MASER ENGINEERING

Accord instituant un régime complémentaire de remboursement « Frais de santé »

Entre

La Société Maser Engineering ayant son siège social au 6 rue Toulouse Lautrec 75017 Paris, représentée par M. Didier BOUTET, Gérant

Ci-après dénommée « la Société »,

D'une part

Et les organisations syndicales intéressées suivantes :

- Syndicat CFDT, représenté par M. Jean-Pierre MICHEL en sa qualité de Délégué Syndical
- Syndicat CGT, représenté par Monsieur Joël BARBERET en sa qualité de Délégué Syndical

PREAMBULE

Par accord d'entreprise du 16 novembre 2010, a été mis en place un régime complémentaire de remboursement de « frais de santé » pour les salariés non cadres. Ce régime venait compléter le régime déjà en vigueur pour les cadres.

Dans un souci d'harmonisation, les parties signataires se sont réunies afin de définir les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficient les salariés de la Société en matière de garanties collectives de remboursement de « frais de santé ».

Elles ont souhaité remplacer ces deux régimes par un régime unique qui couvrirait aussi bien les salariés cadres que les salariés non cadres afin d'assurer une mutualisation du risque à travers une convention d'assurance collective unique tout en recherchant le meilleur rapport garantie/coût possible assurant un bon équilibre à long terme du régime.

Le régime retenu répond à la nécessité de disposer d'une couverture minimale ou « panier de soins » instituée par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 et de se conformer au cahier des charges des contrats dits « responsables » institués par le décret du 18 novembre 2014.

Le présent accord annule et remplace l'accord du 16 novembre 2010 et ses avenants ainsi que tout autre accord, avenant ou décision unilatérale relative à un régime complémentaire de remboursement « frais de santé » qu'ils concernent les salariés cadres ou les salariés non cadres.

Article 1 – OBJET

Le présent accord, matérialisant la mise en place du régime de remboursement de « frais de santé », a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés bénéficiaires au contrat d'assurance collective souscrit par la Société.

Conformément à l'article L912-2 du Code de la Sécurité Sociale, la Société devra, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative du présent accord par avenant.

Accord instituant un régime complémentaire de remboursement « frais de santé »

J.B

J.P.M

Article 2 – SALARIES BENEFICIAIRES

2 – 1 Généralité

Le présent régime couvre l'ensemble des salariés de la Société.

2 – 2 Contrats de travail suspendus

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidités financées au moins en partie par la Société.

Dans une telle hypothèse la Société verse sa contribution calculée selon les règles applicables et ce pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation qui sera retenue sur les indemnités ou rémunérations à lui verser.

En cas de période de contrat de travail non indemnisée telle qu'un congé sabbatique, congé parental, à temps complet, arrêt maladie non indemnisé..., le salarié pourra rester bénéficiaire du contrat de Mutuelle à la condition de s'acquitter de la totalité de la cotisation mensuelle. Pour ce faire, il lui sera adressé un courrier explicatif sur les modalités de règlement. En cas de non règlement de ses cotisations, il ne pourra plus bénéficier, pendant la période de suspension non indemnisée, du régime faisant l'objet du présent accord.

Article 3 – CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION

L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires mentionnés à l'article 2 du présent accord.

Par ailleurs, à leur initiative, les salariés peuvent se dispenser d'adhérer au régime s'ils respectent les conditions prévues aux articles L. 911-7, III alinéas 2 et 3, et D. 911-2 du code de la sécurité sociale. Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D.911-5 du Code de la sécurité sociale, auprès de la Direction Ressources Humaines, et être accompagnés, le cas échéant de tous les justificatifs nécessaires.

A défaut de respecter les prescriptions détaillées ci-dessus, le salarié sera automatiquement affilié au régime de remboursement « frais de santé » - **Garantie 1** tant qu'il n'a pas fait valoir un choix de garantie.

Article 4 – PRESTATIONS

Les prestations accordées au titre du présent régime consistent à assurer le remboursement ou l'indemnisation de certains frais de santé exposés par les salariés bénéficiaires du régime, et le cas échéant, leurs ayants-droit.

Ces prestations, telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du régime, sont résumées, à titre d'information, dans le document joint en annexe.

Toutefois, ces prestations ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, 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, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Celles-ci sont susceptibles d'évolution sans remise en cause du présent accord.

Le présent régime, ainsi que le contrat d'assurance précité, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1 et L. 242-1, alinéas 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83, 1° quater et 995, 16° du Code général des impôts et respectent en conséquence les exigences des contrats dits « responsables ».

Article 5 - COTISATIONS

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance seront prises en charge selon les modalités suivantes :

5 – 1 Part patronale

Quelle que soit la situation de famille et l'option retenue, la part patronale reste la même. Elle est, au 1er janvier 2018, de 0,6 % du PMSS

5 – 2 Part salariale

Les cotisations correspondant à la différence entre la cotisation globale (variable en fonction de l'option retenue et de la composition de la famille couverte) et la participation de l'entreprise, feront l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur la rémunération. Elles correspondront à la part salariale et s'établissent comme suit :

Part salariale (% PMSS)	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3
Salarié	-	0,69 %	0,94%
Conjoint	0,6%	1,29 %	1,54 %
Par enfant à charge*	0,3%	0,86 %	1,01 %

*gratuité au 3^{ème} enfant

A titre purement indicatif, ces cotisations représentent sur la base du plafond mensuel Sécurité Sociale 2018 estimatif (3 321€), par mois, au 1^{er} janvier 2018

Part patronale : 19,93 €

Part salariale	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3
Salarié	-	22,91 €	31,22 €
Conjoint	19,93 €	42,84 €	51,14 €
Par enfant à charge*	9,96 €	28,56 €	33,54 €

*gratuité au 3^{ème} enfant

Article 6 – EVOLUTION ULTERIEURE DES COTISATIONS

Il est expressément convenu que l'obligation de la Société se limite au seul paiement des cotisations « part patronale » rappelées ci-dessus pour leurs taux arrêtés à cette date. En conséquence, les cotisations « part salariale » pourront évoluer sans modification de la présente décision.



Article 7 – SORT DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT OUVRANT DROIT A PRISE EN CHARGE PAR PÔLE EMPLOI

Les anciens salariés de l'entreprise, bénéficiaires du dispositif de portabilité décrit à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, pourront conserver le bénéfice du présent système de garanties collectives dans les termes et les conditions prévus par cet article.

Article 8 – AUTRES CAS

En cas de rupture du contrat de travail pour les motifs de retraite, et lors du décès d'un salarié en activité, l'affiliation au régime frais de santé pourra être maintenue pour tout ancien salarié ou ayant droit d'un salarié décédé qui en fera la demande écrite à l'organisme assureur au plus tard dans les 6 mois de son départ ou du décès ou encore de la fin du maintien de garantie prévu à l'article 7.

La cotisation, dont le taux sera majoré, sera en totalité à la charge de l'ancien salarié et/ou ayants droit d'un salarié décédé.

Article 9 - INFORMATION

En sa qualité de souscripteur, la Société remet à chaque salarié concerné et à tout nouvel embauché bénéficiaire du régime, une notice d'information détaillée établi par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions du régime complémentaire de remboursement « frais de santé ». Il en sera de même à chaque modification ultérieure de ce régime.

Article 10 – DUREE ET PRISE D'EFFET

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

Article 11 – MODIFICATION ET DENONCIATION

11 – 1 Modification

Les modifications du présent accord sont effectuées par avenant conclu selon les mêmes conditions que sa mise en place.

L'avenant modifiant l'accord fera l'objet d'un dépôt à la Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

Le présent accord ayant été conclu en application des dispositions de droit commun, toute modification de ces dispositions ultérieures à la signature du présent accord se substituera de plein droit à celles du présent accord devenues non conformes.

11 – 2 Dénonciation

Le présent accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties contractantes.

J.B

H

S-PM



La partie qui dénonce l'accord doit notifier cette décision, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres parties signataires.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance précité entraîne de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

Article 12 – DEPOT ET PUBLICITE

Mention de cet accord sera faite sur les panneaux d'affichage de la Société.

Le texte du présent accord est déposé en un exemplaire papier et un exemplaire électronique à la Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) du lieu de sa conclusion, soit par dépôt manuel contre récépissé, soit par lettre recommandée avec accusé de réception, sur l'initiative de la Société, à l'issue du délai d'opposition.

Une version de cet accord anonymisée ou de ses éventuels futurs avenants sera déposée en même temps que l'accord.

En outre, un exemplaire sera également remis au secrétariat-greffe du Conseil de prud'hommes du lieu de conclusion de l'accord.

Il en sera de même des éventuels avenants à cet accord.

Fait à Paris, le 21/11/2017

En six (6) exemplaires, dont un (1) pour chacune des parties signataires.

Pour la société Maser Engineering

Didier BOUTET
Gérant

Pour la CFDT

Jean-Pierre MICHEL,
Délégué Syndical

Pour la CGT

Joël BARBERET,
Délégué Syndical

GARANTIES ENSEMBLE DU PERSONNEL AU 01 01 2018			
	GARANTIE N° 1	GARANTIE N° 2	GARANTIE N° 3
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée à 15% ou à 30% par la Sécurité sociale		100% du Ticket Modérateur	100% du Ticket Modérateur
Pharmacie remboursée à 70% par la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur	100% du Ticket Modérateur	100% du Ticket Modérateur
MEDECINE COURANTE			
Consultations, visites de généralistes ou spécialistes			
Médecins ayant adhéré à l'OPTAM	100% du Ticket Modérateur	200% de la BR	300% de la BR
Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM	100% du Ticket Modérateur	TM + 100% de la BR	TM + 100% de la BR
Auxiliaires Médicaux	100% du Ticket Modérateur	200% de la BR	300% de la BR
Analyses Biologiques	100% du Ticket Modérateur	200% de la BR	300% de la BR
Actes de spécialité (petite chirurgie) et Radiologie			
Praticiens ayant adhéré à l'OPTAM	100% du Ticket Modérateur	200% de la BR	300% de la BR
Praticiens n'ayant pas adhéré à l'OPTAM	100% du Ticket Modérateur	TM + 100% de la BR	TM + 100% de la BR
APPAREILLAGE			
Prothèses Auditives	100% du Ticket Modérateur	350% de la BR	400% de la BR
Appareillage, autres prothèses	100% du Ticket Modérateur	350% de la BR	400% de la BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% du Ticket Modérateur	200% de la BR	300% de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	125% de la BR	350% de la BR	400% de la BR
Prothèses dentaires hors nomenclature		350% de la BR (limite 3 implants par an et par bénéficiaire)	400% de la BR (limite 3 implants par an et par bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	125% de la BR	350% de la BR	400% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale, dans la limite de 4 semestres (pour les bénéficiaires de plus de 16 ans au début des soins)		350% de la BR	400% de la BR
Parodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur	350% de la BR	400% de la BR
Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale :			
<i>Curetage / surfaçage (2 séances par année civile et par bénéficiaire)</i>		101,22 € par séance	115,68 € par séance
<i>Grefte gingivale (1 greffe par année civile et par bénéficiaire)</i>		292,60 €	334,40 €
<i>Allongement coronaire (4 interventions par année civile et par bénéficiaire)</i>		50,61 € par intervention	57,84 € par intervention
<i>Lambeau (4 interventions par année civile et par bénéficiaire)</i>		146,30 € par intervention	167,20 € par intervention
OPTIQUE			
Monture + verres simples	100 €	Monture Adulte : 150 € - Monture Enfant : 120 €	
Monture + verres complexes	200 €	Verres : Voir Grille Optique	
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	150 €		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur	10% du PMSS	16% du PMSS
Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)		10% du PMSS	16% du PMSS
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser		Par année civile et par bénéficiaire	
		25% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE			
Honoraires et actes techniques médicaux des praticiens ayant adhéré à l'OPTAM			
Secteur conventionné	100% du Ticket Modérateur	100% FR - Rbt SS	100% FR - Rbt SS
Secteur non conventionné	100% du Ticket Modérateur	90% FR - Rbt SS	90% FR - Rbt SS
Honoraires et actes techniques médicaux des praticiens n'ayant pas adhéré à l'OPTAM			
Secteur conventionné	100% du Ticket Modérateur	TM + 100% de la BR	TM + 100% de la BR
Secteur non conventionné	100% du Ticket Modérateur	TM + 100% de la BR	TM + 100% de la BR
Frais de Séjour			
Secteur conventionné	100% du Ticket Modérateur	100% FR - Rbt SS	100% FR - Rbt SS
Secteur non conventionné	100% du Ticket Modérateur	90% FR - Rbt SS	90% FR - Rbt SS
Forfait Hospitalier (sans limitation de durée)	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Chambre Particulière (y compris en maternité dans la limite de 5 jours)		2,50% du PMSS par jour	3% du PMSS par jour
Lit accompagnant (hospitalisation enfant de moins de 12 ans)		1,50% du PMSS par jour	2% du PMSS par jour
FRAIS DE TRANSPORT			
Transport du malade (remboursé par la Sécurité sociale)	100% du Ticket Modérateur	100% du Ticket Modérateur	100% du Ticket Modérateur
MEDECINE DOUCE			
Ostéopathie, homéopathie, naturopathie, acupuncture		30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
MATERNITE			
Frais d'accouchement		100% FR limités à 15% du PMSS	100% FR limités à 20% du PMSS
CURE THERMALE			
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale		100% FR limités à 15% du PMSS	100% FR limités à 20% du PMSS
PREVENTION			
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale		100% des FR - MR	100% FR - MR
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (prescrits médicalement)		100% des FR	100% des FR
Dépistage de l'hépatite B		200% de la BR	300% de la BR
Un détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum		200% de la BR	400% de la BR
Une consultation, prescrite par un médecin chez un diététicien, pour un enfant de moins de 12 ans		30 €	30 €

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 321 € en 2018)

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

J-B

J-PM

N

La prise en charge est limitée à un équipement (une monture + deux verres) tous les deux ans sauf :

- pour les mineurs,
- en cas d'évolution de la correction.

Dans ces deux hypothèses le forfait est annuel.

OPTIQUE - BORNES DE CORRECTION	Garantie 2 et Garantie 3
Paire de lunettes Verres identiques	
2 verres simples	470 € dont 150 € pour la monture
2 verres complexes	750 € dont 150 € pour la monture
2 verres très complexes	850 € dont 150 € pour la monture
Paire de lunettes Verres différents	
1 verre simple + 1 verre complexe	610 € dont 150 € pour la monture
1 verres simple + 1 verre très complexe	660 € dont 150 € pour la monture
1 verre complexe + 1 verre très complexe	800 € dont 150 € pour la monture

J.B

J-PM

B