

ACCORD COLLECTIF DU GROUPE VIAPOST RELATIF AUX GARANTIES « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES » ET AU REMBOURSEMENT DE « FRAIS DE SANTE »

ENTRE LES SOUSSIGNEES

La société VIAPOST, société par actions simplifiée à associé unique (SASU), dont le siège social est situé 67 Avenue de Fontainebleau – 94270 LE KREMLIN BICETRE, immatriculée au RCS de CRETEIL, sous le numéro 493 255 848, dénommée ci-après la « Société », représentée par Madame Catherine GOLDFARB, en sa qualité de Directrice des Ressources Humaines, dûment habilitée à cet effet, intervenant pour son compte et celui des autres sociétés du Groupe incluant :

- NEOLOG
- STP
- VIAPOST MAINTENANCE
- VIAPOST TRANSPORT MANAGEMENT

d'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives de salariés :

- F3C CFDT représentée par Monsieur Samuel BOURICHON ;
- CFTC Media Plus représentée par Monsieur Laurent MAIRET ;
- CGC Groupe La Poste représentée par Monsieur BERRED ; 
- CGT FAPT et CGT SGLCE représentées par Monsieur Bayla DIARA et Monsieur Mohamed JLILLOU ;
- FO COM et FO SNPEP représentés par Monsieur Laurent DUCIEL et Monsieur Serge BANZOUZI-MALONGA.

d'autre part,

Ci-après désignées, ensemble, « les Parties ».

HS 1 G
SRM B.D
BS LD
LM MB

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
CHAPITRE 1. OBJET ET PERIMETRE D'APPLICATION	5
Article 1. Objet	5
Article 2. Champ d'application de l'accord	5
2.1 Périmètre de l'accord	5
2.2 L'entrée d'une nouvelle société au sein du Groupe VIAPOST	5
2.3 La sortie d'une société du Groupe VIAPOST	5
2.4 Salariés du Groupe VIAPOST	6
CHAPITRE 2. REGIME DE REMBOURSEMENT DE « FRAIS DE SANTE »	6
Article 3. Salariés bénéficiaires	6
Article 4. Caractère obligatoire de l'adhésion.....	6
Article 5. Dispense d'affiliation	7
Article 6. Cotisations	8
6.1 Taux, répartition, assiette de cotisations.....	8
6.2 Évolution de la cotisation	9
CHAPITRE 3. REGIME « INCAPACITE, INVALIDITE, DECES »	9
Article 7. Salariés bénéficiaires	9
Article 8. Caractère obligatoire de l'adhésion.....	9
Article 9. Cotisations	10
9.1 Taux, répartition, assiette de cotisations.....	10
9.2 Évolution de la cotisation	10
Article 10. Changement d'organisme assureur	11
CHAPITRE 4. DISPOSITIONS COMMUNES.....	11
Article 11. Garanties	11

2

G
B.D
BS LD SBY
HT MB

Article 12.	Salariés dont le contrat de travail est suspendu	11
Article 13.	Salariés dont le contrat de travail est rompu : portabilité.....	12
Article 14.	Information	12
14.1	Information individuelle	12
14.2	Information collective.....	13
Article 15.	Durée-Révision-Dénonciation	14
Article 16.	Dépôt et publicité.....	15

ANNEXE 1 : LISTE DES SOCIETES DU GROUPE VIAPOST

ANNEXE 2 : GARANTIES DU REGIME DE « FRAIS DE SANTE »

ANNEXE 3 : GARANTIES DU REGIME « INCAPACITE, INVALIDITE, DECES »

MJ
BN BS
LD
LD
SRM

3

PREAMBULE

Après avoir rappelé ce qui suit

Les Parties se sont réunies afin d'apprécier les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficie le personnel des sociétés du Groupe VIAPOST, en matière de garanties « incapacité-invalidité-décès » et de remboursement de « frais de santé ».

Le présent accord de Groupe intervient à la suite de l'accord interentreprises passé entre, d'une part, VIAPOST et ses filiales, et d'autre part, DOCAPOSTE et filiales, lequel a pris fin le 31 décembre 2022.

Le régime résultant du présent accord collectif de groupe s'applique aux sociétés entrant dans le périmètre du Groupe VIAPOST tel que défini à l'article 2.1.

L'objectif de ces travaux a été :

- > de maintenir une mutualisation des résultats entre les sociétés du Groupe VIAPOST ;
- > de rechercher le meilleur rapport garantie/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime ;
- > de faire profiter le personnel des dispositions favorables de l'article 83, 1° *quater* du Code général des impôts et de l'article L.242-1, II, 4° du Code de la sécurité sociale ;

Le présent accord se substitue, dès son entrée en vigueur, à l'intégralité des accords et avenants des différentes sociétés du Groupe VIAPOST, visées à l'article 2.1., dans leurs dispositions portant sur les régimes de « incapacité-invalidité-décès » et de remboursement de « frais de santé » ainsi que tout usage ou engagement unilatéral ayant le même objet.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

4
CH B.D G
BS LD MB
MT SBY

CHAPITRE 1. OBJET ET PERIMETRE D'APPLICATION

Article 1. Objet

Le présent accord de Groupe a pour objet principal l'adhésion obligatoire des salariés aux contrats d'assurance collective « incapacité, invalidité, décès » et de remboursement de « frais de santé » souscrits à cet effet par la Société VIAPOST, pour son compte ainsi que pour celui de ses filiales telles que définies à l'article 2.1., auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées à titre informatif.

Article 2. Champ d'application de l'accord

2.1 Périmètre de l'accord

Le présent accord collectif s'applique obligatoirement aux sociétés appartenant au Groupe VIAPOST à sa date de signature dont la liste est reproduite en annexe.

Est considérée comme appartenant au Groupe VIAPOST toute société française, dont le siège social se situe sur le territoire français, détenue directement ou indirectement à plus de 50% par la Société VIAPOST.

2.2 L'entrée d'une nouvelle société au sein du Groupe VIAPOST

Lorsqu'une société française, dont le siège social se situe sur le territoire français, vient à être détenue directement ou indirectement à plus de 50% par la Société VIAPOST, l'application du présent accord en son sein n'est pas automatique mais suppose son adhésion au présent accord de Groupe, ainsi qu'à l'acceptation expresse de l'organisme assureur. L'adhésion est notifiée aux signataires du présent accord et fait l'objet d'un dépôt dans des conditions prévues par voie réglementaire, à la diligence de son ou de ses auteurs.

2.3 La sortie d'une société du Groupe VIAPOST

Toute société qui ne serait plus contrôlée directement ou indirectement à plus de 50% par la Société VIAPOST, et/ou dont le siège social ne serait plus situé en France, et qui sortirait de ce fait du Groupe VIAPOST, sera immédiatement exclue du champ d'application du présent accord, et partant, du régime « incapacité- invalidité-décès » et du régime de remboursement de « frais de santé » qu'il institue.

Cette sortie du périmètre du Groupe s'analyse, pour la société concernée, comme une mise en cause de l'accord collectif régie par l'article L. 2261-14 du Code du travail. Ladite société sera donc contrainte de continuer à appliquer cet accord à ses salariés pendant un délai de préavis de 3 mois, puis un délai de survie de 12 mois, sauf conclusion d'un accord collectif de substitution en son sein. La société concernée devra impérativement souscrire un/des nouveau(s) contrat(s) d'assurance collective pour garantir ces obligations dans la mesure où elle n'aura plus la possibilité de revendiquer le bénéfice des couvertures d'assurance mutualisées réservées aux sociétés du Groupe VIAPOST.

À l'inverse, pour les autres sociétés du Groupe, l'application du présent accord collectif ne sera ni mise en cause, ni modifiée, par la sortie de l'une des sociétés initialement comprises dans son champ d'application.

En dehors de cette hypothèse, aucune société appartenant au Groupe VIAPOST ne peut sortir du champ d'application du présent accord et des régimes qu'il institue.

2.4 Salariés du Groupe VIAPOST

Le présent accord bénéficie à l'ensemble des salariés des sociétés du Groupe VIAPOST visées à l'article 2.1., selon les modalités détaillées ci-après pour chaque régime.

CHAPITRE 2. Régime de remboursement de « frais de santé »

Article 3. Salariés bénéficiaires

Le présent régime bénéficie l'ensemble des salariés du Groupe VIAPOST, ainsi qu'à leurs ayants droit tels que définis au contrat d'assurance collective de remboursement de « frais de santé » et rappelés dans la notice d'information.

Article 4. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime de remboursement de « frais de santé » des salariés, visés à l'article 3, est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les Organisations syndicales représentatives des salariés du Groupe VIAPOST. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

De manière facultative, le salarié a également la possibilité d'étendre le bénéfice de ce régime au conjoint non à charge tel que défini au contrat d'assurance, sous réserve de prendre en charge entièrement la cotisation afférente.

Article 5. Dispense d'affiliation

Par exception, peuvent refuser d'adhérer au régime :

Dérogations « d'ordre public » :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission si la durée de la couverture dont ils bénéficieraient est inférieure à trois mois, sous réserve qu'ils justifient d'une couverture responsable, dans les conditions prévues à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle « remboursement de frais de santé ». Cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie :
 - > dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au 4° du II de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, étant précisé que :
 - o pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;
 - > par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la sécurité sociale ;
 - > par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - > dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - > dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - > dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
 - > par le régime spécial de sécurité sociale des gens de mer ;
 - > par la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

En cas d'évolution légale ou réglementaire, ces cas de dispenses « d'ordre public » s'appliqueront dans leur version en vigueur au moment de leur revendication. Peuvent également être dispensés :

- les salariés ou apprentis embauchés sous contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, bénéficiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés ou apprentis embauchés sous contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés à temps partiel ou apprentis dont l'adhésion au système de garanties conduit à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de la rémunération brute.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire de remboursement de frais de santé et, le cas échéant, produire tout justificatif requis.

Cette demande de dispense devra être formulée au moment de l'embauche ou du changement de situation individuelle dans un délai de 30 jours.

À défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'Employeur avant cette date, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les salariés sollicitant le bénéfice d'une dispense voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront tant que vaudra la dispense, solliciter ni le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de frais de santé. Ainsi, en cas de dépenses de santé, les salariés ne pourront en aucun cas pendant cette période bénéficier d'une quelconque prestation au titre du présent régime de remboursement de « frais de santé ».

Article 6. Cotisations

6.1 Taux, répartition, assiette de cotisations

Le présent régime de remboursement de « frais de santé » revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir, dans le cadre d'une cotisation unique obligatoire, les salariés ainsi que leurs ayants droit tels que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information.

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance de remboursement de « frais de santé » sont exprimées en pourcentage du salaire, dans les conditions suivantes :

Régime général Cotisation globale		Régime spécifique (Alsace Moselle) Cotisation globale	
T1	3.799%	T1	3.116%
T2	0.82%	T2	0.677%

Les cotisations indiquées sont réparties de la manière suivante :

- Part patronale : 50 % ;
- Part salariale : 50 %.

Dans les deux cas, le salaire est calculé dans la limite des tranches 1 et 2 déterminées de la façon suivante :

T1 = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond de la Sécurité sociale ;

T2 = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Cotisation facultative afférente au conjoint non à charge :

A titre facultatif le conjoint non à charge tel que défini par le contrat d'assurance et la notice d'information peut bénéficier du présent régime, sous réserve pour le salarié de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation afférente, fixée à 73,80€ par mois.

6.2 Évolution de la cotisation

Toute évolution de la cotisation, notamment du fait d'une modification des résultats du régime, d'une évolution légale ou réglementaire, ou d'une opération commerciale sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre les sociétés du Groupe et les salariés, dans la limite d'une augmentation annuelle supérieure à 10% par rapport à la cotisation globale initiale.

Au-delà de cette limite, l'augmentation de cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

A défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les garanties seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

CHAPITRE 3. Régime « incapacité, invalidité, décès »

Article 7. Salariés bénéficiaires

Le présent régime bénéficie l'ensemble des salariés du Groupe VIAPOST.

Article 8. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime « incapacité, invalidité, décès » des salariés, visés à l'article 7, est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les Organisations syndicales représentatives des salariés du Groupe VIAPOST. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 9. Cotisations

9.1 Taux, répartition, assiette de cotisations

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance du présent régime « incapacité, invalidité, décès » s'élève à un montant correspondant à 2.708% du salaire (T1 et T2).

Les cotisations indiquées sont réparties de la manière suivante :

VIAPOST	NEOLOG	STP	VIAPOST MANTENANCE	VIAPOST TRANSPORT MANAGEMENT
Part patronale : 2/3 Part salariale : 1/3	Part patronale : 90% Part salariale : 10%	Part patronale : 2/3 Part salariale : 1/3	Part patronale : 2/3 Part salariale : 1/3	Part patronale : 90% Part salariale : 10%

Dans les deux cas, le salaire est calculé dans la limite des tranches 1 et 2 déterminées de la façon suivante :

T1 = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond de la Sécurité sociale ;

T2 = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale.

9.2 Évolution de la cotisation

Toute évolution de la cotisation, notamment du fait d'une modification des résultats du régime, d'une évolution légale ou réglementaire, ou d'une opération commerciale sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre les sociétés du Groupe et les salariés, dans la limite d'une augmentation annuelle supérieure à 15% par rapport à la cotisation globale initiale.

Au-delà de cette limite, l'augmentation de cotisations fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

A défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini ci-dessus suffise au financement du système de garanties.

Par ailleurs, à partir de 2024, les Parties s'engagent à rechercher une convergence progressive dans les taux de répartition employeur / salarié entre les sociétés, et ce en fonction de l'évolution de la structure des effectifs des sociétés du groupe. Le plan de convergence sera, le cas échéant, adopté par avenant au présent accord.

Article 10. Changement d'organisme assureur

Conformément à l'article L.912-3 du Code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente), continueront à être revalorisées. Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rente d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

CHAPITRE 4. DISPOSITIONS COMMUNES

Article 11. Garanties

Les garanties souscrites au titre des régimes « incapacité, invalidité, décès » et de remboursement de « frais de santé » ne constituent en aucun cas un engagement pour les sociétés du Groupe, entrant dans le périmètre du présent accord, qui ne sont tenues à l'égard de leurs salariés qu'au seul paiement des cotisations et, des garanties minimales imposées par la convention collective de branche applicable à chaque société du Groupe et des dispositions légales et réglementaires.

Par conséquent, les garanties figurant en annexe 2 (garantie de « frais de santé ») et en annexe 3 (garantie « incapacité, invalidité, décès ») relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Les régimes ainsi que les contrats d'assurance précités sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 242-1, II, 4° du Code de la sécurité sociale ainsi que des articles 83, 1° *quater* du Code général des impôts, et des textes pris en application de ces dispositions.

En outre, concernant le régime de remboursement de « frais de santé », il est mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1 et L. 862-4 du Code de la sécurité sociale.

Les modifications imposées par des dispositions légales et réglementaires portant uniquement sur les contrats d'assurance ne feront pas l'objet d'un avenant au présent accord, sauf à ce qu'une de ses stipulations essentielles s'en trouve modifiée.

Article 12. Salariés dont le contrat de travail est suspendu

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 complémentaires financées au moins en partie par l'employeur ;

- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment, lorsque les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur).

L'assiette à retenir pour le calcul des cotisations et des prestations est celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (indemnité légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni perception d'indemnités journalières complémentaires, ni d'un revenu de remplacement versé par l'employeur ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime complémentaire de « incapacité-invalidité-décès ».

Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime [« incapacité, invalidité, décès » et/ou de remboursement de « frais de santé »] pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur. Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser, dans les 30 jours suivants la suspension de son contrat, un relevé d'identité bancaire au gestionnaire du régime, ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation.

Article 13. Salariés dont le contrat de travail est rompu : portabilité

Les salariés bénéficiaires du présent accord auront droit au maintien des garanties « incapacité, invalidité, décès » et de remboursement de « frais de santé » en vigueur au sein du Groupe VIAPOST en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L.911 8 du Code de la sécurité sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues au présent écrit.

Article 14. Information

14.1 Information individuelle

Chaque société du Groupe VIAPOST remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

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

14.2 Information collective

Il est mis en place un dispositif de suivi conventionnel par la Commission Mutuelle Prévoyance Santé.

14.2.1. Composition

Elle est constituée et d'un ou plusieurs représentants de la Direction et de deux représentants de chaque organisation syndicale signataire de l'accord représentatifs des régimes assurés, « Général » et « Alsace Moselle ».

14.2.2 Fonctionnement

La commission Mutuelle Prévoyance Santé se réunira, sur convocation écrite de la Direction, avec un délai de prévenance d'un minimum de 15 jours calendaires pour examiner les comptes de résultat du contrat Santé, tant pour le régime de base qu'optionnel, d'analyser l'évolution de la consommation du contrat Santé ainsi que les comptes de la Prévoyance et d'alerter préventivement si nécessaire :

- au moins une fois avant fin juin de l'année N pour examiner les prévisions de résultat de l'année N-1
- au mois de septembre pour examiner les résultats définitifs de l'année N-1
- au moins une fois avant le 30 octobre pour faire le point sur le ratio du régime de frais de santé en survenance du 1^{er} semestre de l'année N.

Les parties conviennent qu'en cas de survenance d'un événement exceptionnel ayant un impact significatif sur l'accord, les parties pourront déclencher la tenue d'une commission Mutuelle Prévoyance Santé dans les meilleurs délais et dans un maximum d'un mois suite à la demande d'une des parties.

14.2.3. Décision et relevé de décision

Les décisions prises lors de la tenue de la Commission Mutuelle Prévoyance Santé feront l'objet d'une approbation par le représentant de l'employeur et par au moins 50% des organisations syndicales signataires présentes. Un relevé de décisions sera produit et signé par les parties prenantes.

En cas de nécessité, la commission Mutuelle Prévoyance Santé pourra inviter l'assureur et le gestionnaire à participer à une des réunions de la commission.

En cas d'appel d'offre au titre de l'assureur, du gestionnaire ou du courtier, la commission Mutuelle Prévoyance Santé est informée et consulté sur le lancement de l'appel d'offre. La commission Mutuelle Prévoyance Santé est également informée des résultats de l'appel d'offre et des critères de sélection qui ont prévalu.

Elle examine les demandes d'adhésion des filiales de VIAPOST au Régime Prévoyance Santé et exprime son avis sur la pertinence de cette adhésion et des conditions qui peuvent lui être subordonnées.

14.2.4. Frais de déplacement

Les frais des membres de la Commission Mutuelle Prévoyance Santé occasionnés lors des réunions de la Commission seront pris en charge exclusivement dans le cadre de la politique repas, voyage et hébergement propre à chaque entité.

Le temps passé au cours de ces séances est considéré comme temps de travail effectif.

Les représentants salariés des entreprises qui seront présents à une réunion de la Commission Mutuelle Prévoyance Santé pourront bénéficier d'une journée de délégation afin de préparer cette réunion de la Commission. Si un représentant ayant bénéficié d'une journée de délégation n'assiste pas à la Commission, cette journée de délégation sera décomptée comme une absence non rémunérée.

Article 15. Durée-Révision-Dénonciation

Le présent accord de Groupe est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2023.

Il se substitue, à compter de cette date, à toutes les dispositions applicables au sein des différentes sociétés du Groupe VIAPOST telles que visées à l'article 2, en matière de garanties « Incapacité – invalidité – décès » et de remboursement de « frais de santé » que ces dernières soient issues de décisions unilatérales de l'employeur, d'accords référendaires, d'accords collectifs d'entreprise ou d'établissement préalablement dénoncés, ou de toute autre pratique unilatérale en vigueur dans les sociétés concernées, et portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2222-6 et L.2261-7-1 à L.2261-13 du Code du travail.

La dénonciation doit alors être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L.2261-9 du Code du travail.

Lorsque la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou salariés : l'accord continu de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord de substitution ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis.

Lorsque la dénonciation émane d'une partie des signataires employeurs ou salariés : elle ne fait pas obstacle au maintien en vigueur de la convention ou de l'accord entre les autres parties signataires. Dans ce cas, les dispositions de la convention ou de l'accord continuent de produire effet à l'égard des auteurs de la dénonciation jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis.

Il est expressément convenu entre les parties signataires que cette dénonciation pourra, soit porter sur la totalité de l'accord, soit porter uniquement le régime de remboursement de « frais de santé », ou uniquement sur le régime « incapacité, invalidité, décès ».

Les partenaires signataires reconnaissent en effet le caractère autonome des dispositions contenues dans chacun des deux chapitres afférents à ces régimes et la possibilité de les appliquer distinctement sans remise en cause de l'équilibre du présent accord.

Dans l'hypothèse d'une dénonciation partielle du régime de « frais de santé » (chapitre 2), les dispositions des autres chapitres du présent accord, non spécifiques au régime de remboursement de « frais de santé », demeureront en vigueur.

Dans l'hypothèse d'une dénonciation partielle du régime « incapacité, invalidité, décès » (chapitre 3), les dispositions des autres titres du présent accord, non spécifiques au régime de prévoyance, demeureront en vigueur.

Il appartiendra en conséquence aux parties procédant à une dénonciation de préciser dans l'acte de dénonciation, le caractère total ou partielle de cette dénonciation.

Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

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

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance entraîne de plein droit la caducité du chapitre du présent accord par disparition de son objet, correspondant aux risques concernés.

Article 16. Dépôt et publicité

Conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail, le présent accord est déposé sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail, et un exemplaire original est également déposé au secrétariat greffe du Conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

L'accord sera publié sur la base de données nationale prévue par l'article L.2231-5-1 du Code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie signataire.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des Organisations syndicales représentatives dans le Groupe et non signataires de celui-ci.

Enfin, en application des articles R.2262-1, R.2262-2 et R.2262-3 du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et communiqué par tous moyens aux salariés de chaque société du Groupe visé à l'article 2.

Fait au Kremlin Bicêtre le 12 décembre 2022,
en 10 exemplaires originaux, dont deux pour les formalités de publicité.

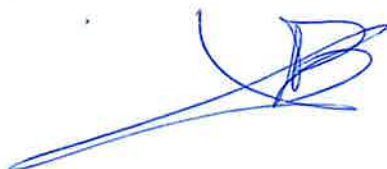
Pour le Groupe VIAPOST :

- Madame Catherine GOLDFARB, Directrice des Ressources Humaines



Pour les Organisations Syndicales représentatives :

- F3C CFDT représentée par Monsieur Samuel BOURICHON,



- CFTC Media Plus représentée par Monsieur Laurent MAIRET,



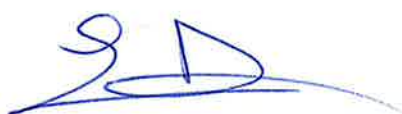
- CGC Groupe La Poste représentée par Monsieur BERRED,



- CGT FAPT et CGT SGLCE représentées par Monsieur Bayla DIARA et Monsieur Mohamed JLILLOU,



- FO COM et FO SNPEP représentés par Monsieur Laurent DUCIEL et Monsieur Serge BANZOUZI-MALONGA.



Annexe 1 : LISTE DES SOCIETES DU GROUPE VIAPOST

VIAPOST

- 1) SOCIETE DE TRAITEMENT DE PRESSE (STP)
- 2) NEOLOG
- 3) VIAPOST TRANSPORT MANAGEMENT (VTM)
- 4) VIAPOST MAINTENANCE

Annexe 2 : Garanties du régime de « frais de santé »

Les remboursements ci-dessous **viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

Sont présentés ci-après les montants et niveaux remboursés par l'Institution au titre du régime socle obligatoire responsable. **Ils viennent compléter ceux de la Sécurité Sociale française et de tout autre organisme**, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale française mais ayant un lien avec les régimes de bases de Sécurité sociale et devant être prévues dans les garanties du présent contrat, sont remboursées. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
L'HOSPITALISATION (1)	
Frais de séjour (2)	
- dans un établissement conventionné - dans un établissement non conventionné (*) et tout autre organisme	100% FR – MR (*) 50% FR – MR (*) dans la limite de 400% BR
Honoraires	
Honoraires médicaux et chirurgicaux des : - médecins conventionnés adhérents à l'un des DPTAM - médecins conventionnés non adhérents à l'un des DPTAM - médecins non conventionnés non adhérents à l'un des DPTAM (*) et tout autre organisme	400% BR – MR 200% BR – MR 50% FR – MR (*) dans la limite de 200% BR
Forfait journalier hospitalier	
Pris en charge sans limitation de durée	100% du forfait
Forfait actes lourds	
	100% du forfait
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire	85 Euros
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 17 ans (par jour)	
PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de l'Hospitalisation	1% PMSS
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an.	
(1) Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge : - les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, - l'hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures, - l'intervention chirurgicale sans hospitalisation. Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1 ^{er} jour au titre de l'hospitalisation.	

WB BS MT
LD SBM
B.D G

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
Limitations pour l'ensemble du poste hospitalisation	
L'indemnisation : - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité Sociale et consécutifs à une hospitalisation, - des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier. Au-delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur.	
(2) Frais de séjour y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques	
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% santé *	100% PLV - MR
Soins (Hors 100% santé)	
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale française, pour les praticiens autorisés aux dépassements permanents	200% BR - MR
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale française, pour les praticiens non autorisés aux dépassements permanents	100% BR - MR
Les 3 actes suivants de parodontologie (non pris en charge) : - Surfaçage radiculaire - Greffe osseuse, greffe gingivale	200 Euros par an et par bénéficiaire 300 Euros par an et par bénéficiaire
Prothèses (Hors 100% santé)	
Prothèses à tarifs limités **	
Incisives, canines et premières prémolaires	450% BR – MR dans la limite de 100% PLV - MR
Molaires et deuxièmes prémolaires	370% BR – MR dans la limite de 100% PLV - MR
Appareils amovibles en résine :	
✓ jusqu'à 6 dents	400 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR
✓ de 7 à 13 dents	700 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR
✓ complet unimaxillaire	800 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR
✓ complet bimaxillaire	1600 Euros – MR dans la limite de 100% PLV - MR
Appareils amovibles / satellites :	
✓ jusqu'à 6 dents	1000 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR
✓ de 7 à 13 dents	1300 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR
✓ complet unimaxillaire ou bimaxillaire	1600 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR
Stomatologie	200% BR – MR dans la limite de 100% PLV - MR
Inlay Core	250% BR – MR dans la limite de 100% PLV - MR
Inlays onlays d'obturation	400% BR – MR dans la limite de 100% PLV - MR

MB B.D G
 BS LD SB4
 WH HT

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
Rebasage	70 Euros – MR dans la limite de 100% PLV – MR, par année civile et par bénéficiaire
Prothèses à tarifs libres ***	
Incisives, canines et premières prémolaires	450% BR – MR
Molaires et deuxièmes prémolaires	370% BR – MR
Appareils amovibles en résine :	
✓ jusqu'à 6 dents	400 Euros – MR
✓ de 7 à 13 dents	700 Euros – MR
✓ complet unimaxillaire	800 Euros – MR
✓ complet bimaxillaire	1600 Euros – MR
Appareils amovibles / satellites :	
✓ jusqu'à 6 dents	1000 Euros – MR
✓ de 7 à 13 dents	1300 Euros – MR
✓ complet unimaxillaire ou bimaxillaire	1600 Euros – MR
Stomatologie	200% BR – MR
Inlay Core	250% BR – MR
Inlays onlays d'obturation	400% BR – MR
Rebasage	70 Euros – MR, par année civile et par bénéficiaire
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale française	
Incisives, canines et premières prémolaires	483,75 Euros par dent
Molaires et deuxièmes prémolaires	397,75 Euros par dent
Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité Sociale française	370% BR - MR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité Sociale française, par semestre, par bénéficiaire entre 16 et 28 ans et dans la limite de 4 semestres consécutifs.	300% BR reconstituée
Implantologie dentaire	
Implant racine	500 Euros par implant
Pilier implantaire	200 Euros par pilier
* Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
** Prothèses à tarifs limités : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	

HT B.D
 BS LD
 SM
 MB

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
*** Prothèses à tarifs libres : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.	
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultation, Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	150% BR - MR
Consultation, Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	130% BR - MR
Consultation, Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	250% BR - MR
Consultation, Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	250% BR - MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR
Imagerie médicale	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	180% BR - MR
Analyses et examens de laboratoire	
pris en charge par la Sécurité sociale française	100% BR - MR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100% BR - MR
Actes pratiqués par les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes	110% BR - MR
Médicaments	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale française à 65%, 30% et 15%	100% BR - MR
Frais pharmaceutiques exceptionnels en cas d'affection de longue durée	1500 Euros – MR par année civile et par bénéficiaire
Médicaments homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin, dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de	60 euros
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale française et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de	100 Euros par année civile et par bénéficiaire
Matériel médical	
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses (pansements, béquilles...), pris en charge par la Sécurité sociale française	400% BR - MR
Prothèses mammaires et capillaires prises en charge ou non par la Sécurité sociale française	150 Euros - MR par année civile et par bénéficiaire

HT B.D.C.
 B.S. LD S.B.M.
 CH W.B.

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES	
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par année civile et par bénéficiaire	
Chiropracteur – Étiopathe – Ostéopathe – psychomotricité – acupuncture – substituts nicotiniques	100 Euros par an et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues
Diététicien (enfant de moins de 12 ans ou tout participant en affection de longue durée) - Psychologue	25 Euros par séance, dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée au nom du bénéficiaire ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé.	
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% santé * (Classe 1)	100% PLV - MR
Equipements à tarifs libres (Classe 2), pris en charge par la Sécurité sociale :	
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	1400 Euros - MR
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans	1400 Euros - MR
Equipements à tarifs libres (Classe 2), non pris en charge par la Sécurité sociale :	
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	500 Euros par année civile et par bénéficiaire
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans	500 Euros par année civile et par bénéficiaire
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale française	150% BR - MR
* Equipement 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
AUTRES POSTES	
Frais de transport	115% BR - MR
Indemnité naissance (doublée en cas de naissance multiple) dans la limite des frais engagés	350 € / enfant
Cures thermales : frais médicaux, de séjours et de transport (cures prises en charge par la Sécurité sociale française) PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de la cure	1% PMSS par jour
L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme. La durée de prise en charge est identique à celle de la Sécurité sociale française.	
OPTIQUE	
Verres et monture	
Equipements 100% santé *	100% PLV - MR
Grille optique Verres et monture à tarifs libres (Classe B)	
* dans le réseau ITELIS	100% FR – MR selon le prix ou/et équipement défini par le réseau de soins ITELIS

CM B.D G
BS LD
MB MT SBM

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
* hors réseau ITTELIS	
✓ Monture	100 Euros - MR
✓ par verre simple	90 Euros - MR
✓ par verre complexe unifocal	130 Euros - MR
✓ par verre complexe multifocal	250 Euros - MR
✓ par verre très complexe	300 Euros - MR
Définition des verres : Verre simple :	- Sphère entre -6 et 6 - Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6
Verre complexe unifocal	- Sphère hors zone -6 et 6 - Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6
Verre complexe multifocal	- Sphère entre -4 et 4 - Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8
Verre très complexe	- Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8
Prestation d'adaptation :	
Prestation d'adaptation (Classe A et B) 100% PLV-MR pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR-MR
En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.	
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.	
* Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
Autres postes optique	
Lentilles de contacts correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale française (y compris jetables), par année civile et par bénéficiaire	400 Euros – MR En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO seront remboursées au moins à hauteur de 100% BR - MR
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser, par œil, par bénéficiaire et par année civile	1200 euros - MR
PREVENTION	
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale française	100% TM

G
 DS LD B.D
 MB MT SB4

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	100% BR reconstituée
Dépistage de l'ostéoporose entre 50 et 65 ans	50 Euros tous les 3 ans
Dépistage, tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les adultes de plus de 50 ans, sur prescription médicale - médecin adhérent à l'un des DPTAM - médecin non adhérent à l'un des DPTAM	300% BR – MR 200% BR – MR
Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans)	200% BR - MR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum	200% BR - MR
Scellement des sillons sur les molaires (avant 14 ans)	200% BR - MR
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 Euros
Dépistage de l'Hépatite B	400% BR - MR
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 Euros
Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale française, sur prescription médicale, et tous les 6 ans - médecin adhérent à l'un des DPTAM - médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR – MR 180% BR – MR
Les séances d'activité physique adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile et par bénéficiaire	200 Euros
Dépense Holter	30 Euros par année civile et par bénéficiaire
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, par année civile et par bénéficiaire	100 Euros
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	TM
SERVICES : PROTECTION SANTE	
Bien-être et prévention	
Le bien-être au quotidien : My easy santé	
Accompagnement de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail	
Santé au quotidien	
La téléconsultation	
L'Assistant Personnel de Santé	
Les réseaux de professionnels de santé Itelis	
Accompagnement dans les moments difficiles	
Pour préparer son hospitalisation : Hospiway d'Itelis	

MS
 BS
 MB
 CH
 LD
 B.D
 SBM

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE
Les services d'assistance : Confort	

COMPRENDRE LES ABREVIATIONS DU TABLEAU DES GARANTIES

- **DPTAM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.
- **BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale française pour déterminer le montant de son remboursement.
- **TM** = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- **MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale.
- **FR** = Frais Réels.
- **FR-MR** = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- **BR-MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- **EUROS - MR** = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- **PLV** = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.
- **SECURITE SOCIALE** : il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

Tableau non-contractuel | Seule la notice d'information de l'assureur fait foi.

MB ~~LD~~ C B.D
BS LD
MS SBY

Annexe 3 : Garanties du régime « incapacité, invalidité, décès »

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
» CAPITAL DÉCÈS / IAD - Participant célibataire, veuf, divorcé, concubin sans enfant à charge : ----- - Participant marié, ou lié par un PACS sans enfant à charge : ----- - Participant célibataire, veuf, divorcé, concubin ayant un enfant à charge : -- - Participant marié, ou lié par un PACS ayant un enfant à charge : ----- - Majoration par enfant supplémentaire à charge : ----- (*) Ce montant inclut la majoration pour le premier enfant à charge ouvrant droit à ladite majoration, et dont le montant est égal à celui de la majoration par enfant <u>supplémentaire</u> à charge.	280 % du salaire brut T1 / T2 ¹ 325 % du salaire brut T1 / T2 ¹ 355 % du salaire brut T1 / T2 ^{1 (*)} 400 % du salaire brut T1 / T2 ^{1 (*)} 75 % du salaire brut T1 / T2 ¹ Le montant maximum du capital versé ne peut être supérieur à 600% du salaire brut T1 / T2 ¹
» DECES SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT (Double effet)-----	100 % DU CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES
» CAPITAL DÉCÈS / IAD ACCIDENTEL - Participant célibataire, veuf, divorcé, concubin sans enfant à charge : ----- - Participant marié, ou lié par un PACS sans enfant à charge : ----- - Participant célibataire, veuf, divorcé, concubin ayant un enfant à charge : -- - Participant marié, ou lié par un PACS ayant un enfant à charge : ----- - Majoration par enfant supplémentaire à charge : ----- (*) Ce montant inclut la majoration pour le premier enfant à charge ouvrant droit à ladite majoration, et dont le montant est égal à celui de la majoration par enfant <u>supplémentaire</u> à charge.	420 % du salaire brut T1 / T2 ¹ 490 % du salaire brut T1 / T2 ¹ 530 % du salaire brut T1 / T2 ^{1 (*)} 600 % du salaire brut T1 / T2 ^{1 (*)} 110 % du salaire brut T1 / T2 ¹ Le montant maximum du capital versé ne peut être supérieur à 600% du salaire brut T1 / T2 ¹
» RENTE ÉDUCATION En cas de décès d'un participant ayant un ou plusieurs enfant(s) à charge, versement d'une rente éducation dont le montant dépend de l'âge de l'enfant : - Jusqu'à 17 ans inclus - De 18 à 25 ans inclus (en cas de poursuite d'études)----- (Viagèrement si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées) - lorsque l'enfant est ou devient orphelin des deux parents jusqu'à son 21 ^e anniversaire ou jusqu'à son 26 ^e anniversaire en cas de poursuite d'études ---	12 % du salaire brut T1 / T2 ¹ 15 % du salaire brut T1 / T2 ¹ 20 % du salaire brut T1 / T2 ¹
» INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL - Franchise ² ----- La franchise est appréciée à chaque début d'arrêt de travail sur une période de 12 mois calendaires. - Montant de l'indemnité journalière -----	60 JOURS CONTINUS 95 % du salaire net T1 / T2 ³
» INVALIDITÉ PERMANENTE - Montant de la rente 1 ^{ère} catégorie----- - Montant de la rente 2 ^{ème} catégorie ----- - Montant de la rente 3 ^{ème} catégorie -----	60 % du salaire brut T1 / T2 ⁴ 100 % du salaire brut T1 / T2 ⁴ 100 % du salaire brut T1 / T2 ⁴
» INCAPACITÉ PERMANENTE Montant de la rente en fonction du taux d'incapacité permanente « N » reconnu par la Sécurité Sociale : - Si taux « N » supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% ----- - Si taux « N » supérieur ou égal à 66% -----	(N / 66%) * 100 % du salaire net T1 / T2 ⁴ 100 % du salaire net T1 / T2 ⁴

HTS
 BS LD
 MB
 G
 B.D
 SMY

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
» FRAIS D'OBSÈQUES	
En cas de décès :	
. du Participant	100 % du PMSS ⁶
. du Conjoint, ou partenaire de PACS ⁵ _____	100 % du PMSS ⁶
. d'un Enfant à charge ⁵ _____	100 % du PMSS ⁶

ABREVIATIONS

IAD ← Invalidité Absolue et Définitive
CCN ← Convention Collective Nationale
PMSS ← Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

LEGENDE

1 -- de l'assiette des prestations, sauf minima conventionnels plus favorables

2 -- définition de la franchise :

L'indemnité journalière est versée après une franchise de 60 jours d'interruption totale de travail continu, sauf dispositions conventionnelles plus favorables. Sont inclus dans ce délai, les arrêts pour incapacité totale temporaire intervenus au cours des 12 mois calendaires précédant l'arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestation.

3 -- de la 365^{ème} partie de l'assiette des prestations, sous déduction des prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et sauf dispositions conventionnelles plus favorables.

4 -- de l'assiette des prestations, sous déduction des rentes versées au même titre par la Sécurité Sociale

5 -- tel que défini à l'article 3 du Règlement Particulier II et au Chapitre II ci-après.

6 -- en vigueur au jour du décès.

Document non-contractuel | Seule la notice d'information de l'assureur fait foi.

C M B.D
BS LD SBM
HJMB