

Avenant N°9
à l'accord du 19 Mai 2006 instituant deux régimes de garanties collectives obligatoires « Incapacite²-Invalidite-Décès » et « Remboursement de frais de santé » au profit des salariés de droit privé de La Poste régis par la convention commune du 4 Novembre 1991 et à :

- l'avenant N° 1 du 16 Février 2007
- l'avenant N° 2 du 17 Septembre 2008
- l'avenant N° 3 du 16 Novembre 2009
 - l'avenant N° 4 du 26 Avril 2010
- l'avenant N° 5 du 2 Décembre 2010
- l'avenant N° 6 du 20 Décembre 2011
 - l'avenant N° 7 du 27 Juin 2013
 - l'avenant N° 8 du 22 Juillet 2014

Entre la Direction Générale de La Poste, représentée par **Madame Sylvie FRANÇOIS**, Directrice des Ressources Humaines et des Relations Sociales du Groupe La Poste, d'une part,

et les organisations syndicales représentatives signataires du présent avenant :

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit.

PREAMBULE

Par référence aux dispositions prévues à l'accord du 19 mai 2006 dans le **CHAPITRE 2 « LE REGIME INCAPACITE-INVALIDITE-DECES »** et l'article 2.4 « l'évolution des cotisations », au vu du déficit constaté sur le régime « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES », les parties conviennent de **réviser à la hausse les cotisations** servant au financement des garanties « **Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité** ».

Les parties conviennent également de modifier la clé de répartition actuelle des cotisations entre l'employeur et les salariés du régime « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES ». Il est ainsi décidé de porter la prise en charge de l'entreprise, respectivement de 50 % à 52 % sur le collège « CADRES » et de 60 % à 62 % sur le collège « EMPLOYES » et ce, afin de limiter les hausses de cotisations à la charge des salariés.

Ces aménagements font l'objet du **CHAPITRE 1** du présent avenant.

En application de la réglementation en vigueur sur les garanties de protection sociale complémentaire prévues au **CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE »** et notamment :

- le décret du 18 novembre 2014 modifiant l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale et instaurant des plafonds de garanties à respecter pour que les garanties s'inscrivent dans le cadre du **Contrat Responsable**,

- le décret n° 2016-609 du 13 mai 2016 qui a créé l'article D 911-1-1 au code de la Sécurité sociale fixant les conditions de la généralisation des couvertures santé collectives pour les salariés relevant du **Régime local Alsace Moselle**,
- l'instauration par l'assurance maladie de la Protection Universelle Maladie prévue par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, actant de la suppression progressive du statut d'ayant droit pour les adultes,
- la généralisation des couvertures santé collectives à toutes les entreprises (loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013), l'article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 modifiant l'article L911-7 et le décret du 30 décembre 2015 modifiant l'article D911-2 du code de la Sécurité sociale, qui déterminent :
 - les **conditions d'ancienneté**,
 - les **dispenses d'affiliation de droit**, liées au fait que le salarié bénéficie d'une couverture par ailleurs.

Les parties conviennent :

- de la nécessité de **mettre en conformité** sur des niveaux « responsables » les garanties du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » pour les honoraires des deux collèges et la monture de l'équipement optique des adultes du collège CADRES. Elles décident, concomitamment de l'**amélioration** de certaines autres garanties. En contrepartie une **hausse des taux de cotisations** servant au financement des garanties du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » est actée et ce, afin de maintenir l'équilibre technique du régime,
- d'améliorer le système actuel de **clé de répartition des cotisations entre l'employeur et les salariés** prévues au CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE ». A la notion de taux de participation employeur en moyenne de 50 % pour le collège « CADRES » et de 61 % pour le collège « EMPLOYES » est substituée un taux de participation employeur fixé par collège, pour le salarié et pour chaque type d'ayants droit,
- de **réviser progressivement les planchers et plafonds de cotisations des salariés relevant du régime local Alsace Moselle**, prévus au CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE », dans le but de se conformer à la législation. Seuls les taux de cotisations à la charge de l'employeur et du salarié doivent être réduits dans une proportion représentative du différentiel de prestations résultant de l'écart de garanties du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Ces aménagements font l'objet du **CHAPITRE 2** du présent avenant.

Les parties conviennent :

- de faire évoluer la **définition des ayants droit à charge** pour les adultes et les enfants de plus de 18 ans,
- de modifier les **conditions d'affiliation** au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » pour les salariés,
- de l'intégration des **dispenses d'affiliation de droit**,
- d'instaurer la couverture au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » des salariés sous **contrat de travail à durée déterminée de moins de trois mois** de durée, au travers du dispositif du **versement employeur**.

Ces aménagements font l'objet du **CHAPITRE 3** du présent avenant.

Par ailleurs, par référence aux dispositions prévues à l'accord du 19 mai 2006 dans le CHAPITRE 4 « ORGANISME ASSUREUR DES REGIMES », les parties conviennent de reconduire le **choix de l'organisme assureur** actuel.

Cette reconduction fait l'objet du **CHAPITRE 4** du présent avenant.

Les parties conviennent en dernier lieu :

- de proposer aux salariés un régime de garanties surcomplémentaires à celles du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire, sur des niveaux de garanties « non responsables ».

Ces aménagements font l'objet d'un **CHAPITRE 10 ajouté à l'accord du 19 mai 2006**.

- Ainsi que de modifier le CHAPITRE 7 : REVISION ET DENONCIATION.

Ces modifications font l'objet **du CHAPITRE 5** du présent avenant.

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

CHAPITRE 1 : REVISION DES COTISATIONS SERVANT AU FINANCEMENT DES GARANTIES « INCAPACITE-INVALIDITE »

Il est substitué à l'article 2.1 « *Taux et répartition des cotisations* » prévu à l'avenant N° 8 du 22 juillet 2014, un article 2.1 nouveau ci-après, à compter du **1^{er} janvier 2018** et du **1^{er} janvier 2019**.

Article 2.1 : Taux et répartition des cotisations au 1^{er} janvier 2018

Les cotisations servant au financement des garanties « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES » sont prises en charge par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes :

Article 2.1.1. :

Salariés ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus

Hors les salariés de La Poste de MAYOTTE

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,2203%	0,2034%	0,4237%	0,6414%	0,5921%	1,2335%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0129%	0,0120%	0,0249%	0,0376%	0,0348%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,2332%	0,2154%	0,4486%	0,6790%	0,6269%	1,3059%
Invalidité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,1636%	0,1511%	0,3147%	0,5776%	0,5332%	1,1108%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0017%	0,0015%	0,0032%	0,0057%	0,0055%	0,0112%
TOTAL Invalidité	0,1653%	0,1526%	0,3179%	0,5833%	0,5387%	1,1220%
Total arrêt de travail	0,3985%	0,3680%	0,7665%	1,2623%	1,1656%	2,4279%
Décès	0,1524%	0,1406%	0,2930%	0,1524%	0,1406%	0,2930%
Total	0,5509%	0,5086%	1,0595%	1,4147%	1,3062%	2,7209%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,7284%	0,4465%	1,1749%	0,7648%	0,4687%	1,2335%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0428%	0,0262%	0,0690%	0,0449%	0,0275%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,7712%	0,4727%	1,2439%	0,8097%	0,4962%	1,3059%
Invalidité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,3026%	0,1855%	0,4881%	0,6888%	0,4220%	1,1108%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0029%	0,0020%	0,0049%	0,0069%	0,0043%	0,0112%
TOTAL Invalidité	0,3055%	0,1875%	0,4930%	0,6957%	0,4263%	1,1220%
Total arrêt de travail	1,0767%	0,6602%	1,7369%	1,5054%	0,9225%	2,4279%
Décès	0,1680%	0,1030%	0,2710%	0,1817%	0,1113%	0,2930%
Total	1,2447%	0,7632%	2,0079%	1,6871%	1,0338%	2,7209%

salariés de La Poste de Mayotte

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,3732%	0,3444%	0,7176%	1,2832%	1,1844%	2,4676%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0219%	0,0202%	0,0421%	0,0753%	0,0695%	0,1448%
TOTAL Incapacité	0,3951%	0,3646%	0,7597%	1,3585%	1,2539%	2,6124%
Invalidité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,2773%	0,2560%	0,5333%	1,1548%	1,0659%	2,2207%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0028%	0,0026%	0,0054%	0,0116%	0,0108%	0,0224%
TOTAL Invalidité	0,2801%	0,2586%	0,5387%	1,1664%	1,0767%	2,2431%
Total arrêt de travail	0,6752%	0,6232%	1,2984%	2,5249%	2,3306%	4,8555%
Décès	0,5408%	0,4992%	1,0400%	0,5408%	0,4992%	1,0400%
Total	1,2160%	1,1224%	2,3384%	3,0657%	2,8298%	5,8955%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	1,3437%	0,8236%	2,1673%	1,5299%	0,9377%	2,4676%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0789%	0,0483%	0,1272%	0,0898%	0,0550%	0,1448%
TOTAL Incapacité	1,4226%	0,8719%	2,2945%	1,6197%	0,9927%	2,6124%
Invalidité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,5582%	0,3421%	0,9003%	1,3768%	0,8439%	2,2207%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0056%	0,0035%	0,0091%	0,0139%	0,0085%	0,0224%
TOTAL Invalidité	0,5638%	0,3456%	0,9094%	1,3907%	0,8524%	2,2431%
Total arrêt de travail	1,9864%	1,2175%	3,2039%	3,0104%	1,8451%	4,8555%
Décès	0,6076%	0,3724%	0,9800%	0,6448%	0,3952%	1,0400%
Total	2,5940%	1,5899%	4,1839%	3,6552%	2,2403%	5,8955%

Article 2.1.2. :

Salariés n'ayant pas 3 mois d'ancienneté continue

Hors les salariés de La Poste de MAYOTTE

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0129%	0,0120%	0,0249%	0,0376%	0,0348%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,0129%	0,0120%	0,0249%	0,0376%	0,0348%	0,0724%
Incapacité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0017%	0,0015%	0,0032%	0,0057%	0,0055%	1,1108%
TOTAL Invalidité	0,0017%	0,0015%	0,0032%	0,0057%	0,0055%	0,0112%
Total arrêt de travail	0,0146%	0,0135%	0,0281%	0,0433%	0,0403%	0,0836%
Décès	0,1524%	0,1406%	0,2930%	0,1524%	0,1406%	0,2930%
Total	0,1670%	0,1541%	0,3211%	0,1957%	0,1809%	0,3766%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0428%	0,0262%	0,0690%	0,0449%	0,0275%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,0428%	0,0262%	0,0690%	0,0449%	0,0275%	0,0724%
Incapacité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0029%	0,0020%	0,0049%	0,0069%	0,0043%	0,0112%
TOTAL Invalidité	0,0029%	0,0020%	0,0049%	0,0069%	0,0043%	0,0112%
Total arrêt de travail	0,0457%	0,0282%	0,0739%	0,0518%	0,0318%	0,0836%
Décès	0,1680%	0,1030%	0,2710%	0,1817%	0,1113%	0,2930%
Total	0,2137%	0,1312%	0,3449%	0,2335%	0,1431%	0,3766%

salariés de La Poste de Mayotte

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0219%	0,0202%	0,0421%	0,0753%	0,0695%	0,1448%
TOTAL Incapacité	0,0219%	0,0202%	0,0421%	0,0753%	0,0695%	0,1448%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0028%	0,0026%	0,0054%	0,0116%	0,0108%	0,0224%
TOTAL Invalidité	0,0028%	0,0026%	0,0054%	0,0116%	0,0108%	0,0224%
Total arrêt de travail	0,0247%	0,0228%	0,0475%	0,0869%	0,0803%	0,1672%
Décès	0,5408%	0,4992%	1,0400%	0,5408%	0,4992%	1,0400%
Total	0,5655%	0,5220%	1,0875%	0,6277%	0,5795%	1,2072%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0789%	0,0483%	0,1272%	0,0898%	0,0550%	0,1448%
TOTAL Incapacité	0,0789%	0,0483%	0,1272%	0,0898%	0,0550%	0,1448%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0056%	0,0035%	0,0091%	0,0139%	0,0085%	0,0224%
TOTAL Invalidité	0,0056%	0,0035%	0,0091%	0,0139%	0,0085%	0,0224%
Total arrêt de travail	0,0845%	0,0518%	0,1363%	0,1037%	0,0635%	0,1672%
Décès	0,6076%	0,3724%	0,9800%	0,6448%	0,3952%	1,0400%
Total	0,6921%	0,4242%	1,1163%	0,7485%	0,4587%	1,2072%

Article 2.1 : Taux et répartition des cotisations au 1^{er} janvier 2019

Les cotisations servant au financement des garanties « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES » sont prises en charge par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes :

Article 2.1.1. :

Salariés ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus

Hors les salariés de La Poste de MAYOTTE

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,3065%	0,2830%	0,5895%	0,6414%	0,5921%	1,2335%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0180%	0,0166%	0,0346%	0,0376%	0,0348%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,3245%	0,2996%	0,6241%	0,6790%	0,6269%	1,3059%
Invalidité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,2278%	0,2102%	0,4380%	0,5776%	0,5332%	1,1108%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0022%	0,0022%	0,0044%	0,0057%	0,0055%	0,0112%
TOTAL Invalidité	0,2300%	0,2124%	0,4424%	0,5833%	0,5387%	1,1220%
Total arrêt de travail	0,5545%	0,5120%	1,0665%	1,2623%	1,1656%	2,4279%
Décès	0,1524%	0,1406%	0,2930%	0,1524%	0,1406%	0,2930%
Total	0,7069%	0,6526%	1,3595%	1,4147%	1,3062%	2,7209%

JF

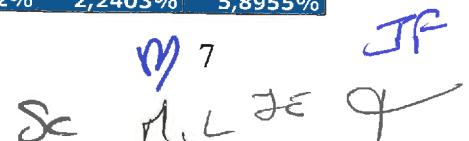
Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,9172%	0,5621%	1,4793%	0,7648%	0,4687%	1,2335%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0538%	0,0330%	0,0868%	0,0449%	0,0275%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,9710%	0,5951%	1,5661%	0,8097%	0,4962%	1,3059%
Invalité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,3811%	0,2335%	0,6146%	0,6888%	0,4220%	1,1108%
Invalité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0037%	0,0025%	0,0062%	0,0069%	0,0043%	0,0112%
TOTAL Invalité	0,3848%	0,2360%	0,6208%	0,6957%	0,4263%	1,1220%
Total arrêt de travail	1,3558%	0,8311%	2,1869%	1,5054%	0,9225%	2,4279%
Décès	0,1680%	0,1030%	0,2710%	0,1817%	0,1113%	0,2930%
Total	1,5238%	0,9341%	2,4579%	1,6871%	1,0338%	2,7209%

salariés de La Poste de Mayotte

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,4594%	0,4240%	0,8834%	1,2832%	1,1844%	2,4676%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0270%	0,0249%	0,0519%	0,0753%	0,0695%	0,1448%
TOTAL Incapacité	0,4864%	0,4489%	0,9353%	1,3585%	1,2539%	2,6124%
Invalité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,3414%	0,3151%	0,6565%	1,1548%	1,0659%	2,2207%
Invalité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0034%	0,0032%	0,0066%	0,0116%	0,0108%	0,0224%
TOTAL Invalité	0,3448%	0,3183%	0,6631%	1,1664%	1,0767%	2,2431%
Total arrêt de travail	0,8312%	0,7672%	1,5984%	2,5249%	2,3306%	4,8555%
Décès	0,5408%	0,4992%	1,0400%	0,5408%	0,4992%	1,0400%
Total	1,3720%	1,2664%	2,6384%	3,0657%	2,8298%	5,8955%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	1,5324%	0,9392%	2,4716%	1,5299%	0,9377%	2,4676%
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0900%	0,0551%	0,1451%	0,0898%	0,0550%	0,1448%
TOTAL Incapacité	1,6224%	0,9943%	2,6167%	1,6197%	0,9927%	2,6124%
Invalité suite à maladie, accident de la vie privée ou Affection de Longue Durée	0,6366%	0,3902%	1,0268%	1,3768%	0,8439%	2,2207%
Invalité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0064%	0,0040%	0,0104%	0,0139%	0,0085%	0,0224%
TOTAL Invalité	0,6430%	0,3942%	1,0372%	1,3907%	0,8524%	2,2431%
Total arrêt de travail	2,2654%	1,3885%	3,6539%	3,0104%	1,8451%	4,8555%
Décès	0,6076%	0,3724%	0,9800%	0,6448%	0,3952%	1,0400%
Total	2,8730%	1,7609%	4,6339%	3,6552%	2,2403%	5,8955%

Avenant N° 9 à l'accord « Prévoyance-Santé » du 19 Mai 2006



Salariés n'ayant pas 3 mois d'ancienneté continué

Hors les salariés de La Poste de MAYOTTE

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0180%	0,0166%	0,0346%	0,0376%	0,0348%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,0180%	0,0166%	0,0346%	0,0376%	0,0348%	0,0724%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0022%	0,0022%	0,0044%	0,0057%	0,0055%	1,1108%
TOTAL Invalidité	0,0022%	0,0022%	0,0044%	0,0057%	0,0055%	0,0112%
Total arrêt de travail	0,0202%	0,0188%	0,0390%	0,0433%	0,0403%	0,0836%
Décès	0,1524%	0,1406%	0,2930%	0,1524%	0,1406%	0,2930%
Total	0,1726%	0,1594%	0,3320%	0,1957%	0,1809%	0,3766%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0538%	0,0330%	0,0868%	0,0449%	0,0275%	0,0724%
TOTAL Incapacité	0,0538%	0,0330%	0,0868%	0,0449%	0,0275%	0,0724%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0037%	0,0025%	0,0062%	0,0069%	0,0043%	0,0112%
TOTAL Invalidité	0,0037%	0,0025%	0,0062%	0,0069%	0,0043%	0,0112%
Total arrêt de travail	0,0575%	0,0355%	0,0930%	0,0518%	0,0318%	0,0836%
Décès	0,1680%	0,1030%	0,2710%	0,1817%	0,1113%	0,2930%
Total	0,2255%	0,1385%	0,3640%	0,2335%	0,1431%	0,3766%

salariés de La Poste de Mayotte

Garanties	CADRES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	52%	48%		52%	48%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0270%	0,0249%	0,0519%	0,0753%	0,0695%	0,1448%
TOTAL Incapacité	0,0270%	0,0249%	0,0519%	0,0753%	0,0695%	0,1448%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0034%	0,0032%	0,0066%	0,0116%	0,0108%	0,0224%
TOTAL Invalidité	0,0034%	0,0032%	0,0066%	0,0116%	0,0108%	0,0224%
Total arrêt de travail	0,0304%	0,0281%	0,0585%	0,0869%	0,0803%	0,1672%
Décès	0,5408%	0,4992%	1,0400%	0,5408%	0,4992%	1,0400%
Total	0,5712%	0,5273%	1,0985%	0,6277%	0,5795%	1,2072%

Garanties	EMPLOYES					
	TA			TB - TC		
	La Poste	salarié	Total	La Poste	salarié	Total
Nouvelle Clé de répartition	62%	38%		62%	38%	
Incapacité suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0900%	0,0551%	0,1451%	0,0898%	0,0550%	0,1448%
TOTAL Incapacité	0,0900%	0,0551%	0,1451%	0,0898%	0,0550%	0,1448%
Invalidité (Incapacité permanente) suite à Accident du Travail ou Maladie Professionnelle	0,0064%	0,0040%	0,0104%	0,0139%	0,0085%	0,0224%
TOTAL Invalidité	0,0064%	0,0040%	0,0104%	0,0139%	0,0085%	0,0224%
Total arrêt de travail	0,0964%	0,0591%	0,1555%	0,1037%	0,0635%	0,1672%
Décès	0,6076%	0,3724%	0,9800%	0,6448%	0,3952%	1,0400%
Total	0,7040%	0,4315%	1,1355%	0,7485%	0,4587%	1,2072%

**CHAPITRE 2 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 3
« LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » SUITE A MISE EN
CONFORMITE ET AMELIORATION DE GARANTIES**

L'annexe 2 « INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » citée à l'article 6 « Les garanties » du CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » de l'accord collectif du 19 mai 2006, est remplacée par celle jointe au présent avenant, à effet du **1er janvier 2018**.

Il est substitué à l'article 5.1 « Taux, montant, assiette et taux d'appel des cotisations » prévu à l'avenant N°6 du 20 décembre 2011, un article 5.1 nouveau, ci-après, à compter du **1er janvier 2018**.

Article 5.1 : taux, montant assiette des cotisations

La participation de l'employeur aux cotisations servant au financement des garanties du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE », est déterminée comme suit :

Cadres

Taux de participation sur le salarié	50%
Taux de participation sur les membres de la famille	
conjoint	65%
1er enfant sans conjoint	65%
enfant avec conjoint / 2 ^d enfant sans conjoint	80%

Employés

Taux de participation sur le salarié	54,5%
Taux de participation sur les membres de la famille	
conjoint	80%
1er enfant sans conjoint	90%
enfant avec conjoint / 2 ^d enfant sans conjoint	85%

Il ne sera plus tenu compte de la variation du volume d'ayants droit pour réviser les cotisations afférentes à chaque type de famille, tel que décrit à l'article 5.2. « l'évolution des cotisations ».

Les cotisations servant au financement des garanties du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » sont en conséquence prises en charge par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes :

Régime général et Mayotte	La Poste		Salarié	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération

Cadres

- Salarié sans ayants droits	1,22%	50,2%	1,21%	2,43%
- Salarié + conjoint à charge	3,24%	58,5%	2,30%	5,54%
- Salarié + conjoint + 1 enfant à charge	4,48%	63,2%	2,61%	7,09%
- Salarié + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	5,72%	66,2%	2,92%	8,64%
- Salarié + 1 enfant à charge	2,23%	56,0%	1,75%	3,98%
- Salarié + 2 enfants à charge ou plus	3,47%	62,7%	2,06%	5,53%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation inchangés et définis comme suit:

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 25,7% du plafond de la Sécurité sociale de la métropole en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 72,7% du plafond de la Sécurité sociale de la métropole en vigueur.

Régime général et Mayotte	La Poste		Salarié	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération

Employés

- Salarié sans ayants droits	1,542%	54,5%	1,288%	2,83%
- Salarié + conjoint à charge	3,910%	67,5%	1,880%	5,79%
- Salarié + conjoint + 1 enfant à charge	5,389%	71,6%	2,141%	7,53%
- Salarié + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	6,868%	74,1%	2,402%	9,27%
- Salarié + 1 enfant à charge	3,108%	68,0%	1,462%	4,57%
- Salarié + 2 enfants à charge ou plus	4,587%	72,7%	1,723%	6,31%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation inchangés et définis comme suit:

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 22,2% du plafond de la Sécurité sociale de la métropole en vigueur ;

- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 71,7% du plafond de la Sécurité sociale de la métropole en vigueur.

Régime Alsace Moselle	La Poste		Salarié	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération

Cadres

- Salarié sans ayants droits	0,73%	50,0%	0,73%	1,46%
- Salarié + conjoint à charge	1,95%	58,6%	1,38%	3,33%
- Salarié + conjoint + 1 enfant à charge	2,69%	63,1%	1,57%	4,26%
- Salarié + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	3,43%	66,1%	1,76%	5,19%
- Salarié + 1 enfant à charge	1,33%	55,6%	1,06%	2,39%
- Salarié + 2 enfants à charge ou plus	2,07%	62,3%	1,25%	3,32%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation modifiés et définis comme suit :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 19% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 53,8% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 22,4% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 63,2% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur.

A compter du 1^{er} janvier 2020, les valeurs sont alignées sur celles en vigueur pour le Régime général

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 25,7% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 72,7% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur.

Régime Alsace Moselle	La Poste		Salarié	Total
	Pourcentage de la rémunération	participation employeur	Pourcentage de la rémunération	Pourcentage de la rémunération

Employés

- Salarié sans ayants droits	0,927%	54,5%	0,773%	1,70%
- Salarié + conjoint à charge	2,343%	67,5%	1,127%	3,47%
- Salarié + conjoint + 1 enfant à charge	3,236%	71,6%	1,284%	4,52%
- Salarié + conjoint + 2 enfants à charge ou plus	4,129%	74,1%	1,441%	5,57%
- Salarié + 1 enfant à charge	1,872%	68,1%	0,878%	2,75%
- Salarié + 2 enfants à charge ou plus	2,765%	72,8%	1,035%	3,80%

Ces taux sont assortis d'un plancher et d'un plafond de cotisation modifiés et définis comme suit :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 16,4% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 53% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 19,3% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 62,4% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur.

A compter du 1^{er} janvier 2020, les valeurs sont alignées sur celles en vigueur pour le Régime général

- le plancher de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 22,2% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur ;
- le plafond de cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur une rémunération de 71,7% du plafond de la Sécurité sociale en vigueur.

Les cotisations sont assises sur l'ensemble des sommes brutes perçues par le salarié.

CHAPITRE 3 : MODIFICATIONS APPORTEES AUX CONDITIONS D’AFFILIATION PREVUES AU CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE »

Les deux premiers alinéas du CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » sont remplacés par ce qui suit, à effet du **1^{er} janvier 2018** :

Le régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » revêt un caractère familial. A ce titre l’adhésion est obligatoire pour le salarié ainsi que pour ses ayants-droit à charge, tels que définis par le contrat d’assurance. Il vise à assurer une couverture complémentaire aux prestations de la Sécurité sociale obligatoire pour le salarié de La Poste et ses ayants droits à charge.

En pratique, le périmètre des ayants-droit couverts à titre obligatoire sera inchangé à compter du 1^{er} janvier 2018. Les modifications législatives relatives à la mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMa) nécessitent simplement une réécriture des clauses du contrat d’assurance sur la définition des ayants-droit.

Ainsi, seront considérés comme ayants droit à charge :

- Les conjoints, ascendants et collatéraux, dès lors qu’ils n’exercent pas d’activité et ne perçoivent aucun revenu,
- les conjoints en période de chômage non rémunérée,
et
- les enfants de plus de 18 ans qui étaient à charge au sens de la Sécurité sociale avant l’atteinte de leurs 18 ans,

dans les conditions mentionnées dans la notice d’information du contrat d’assurance qui sera remise à chaque salarié.

L’article 4 «Affiliation» du CHAPITRE 3 « LE REGIME REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » de l’accord collectif du 19 mai 2006, modifié par l’avenant N°3 du 16 novembre 2009 est remplacé par ce qui suit, à effet du **1^{er} janvier 2018** :

Article 4 : Affiliation

L’affiliation au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » est obligatoire pour tous les salariés, à l’exception de ceux qui sont susceptibles de bénéficier du « versement santé de l’employeur » tel qu’il a été mis en place par l’article L. 911-7-1 du Code de la Sécurité sociale.

En effet, il a été décidé entre les parties, que conformément à la possibilité offerte par la législation en vigueur (article L. 911-7-1 III), « la couverture frais de santé » des **salariés embauchés en contrat de travail à durée déterminée de moins de trois mois**, serait exclusivement assurée par le dispositif du « versement santé de l’employeur » tel que décrit à l’article 4.2 « *Dispositif du versement employeur* ». Les salariés concernés ne seront donc pas affiliés au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE ».

L’affiliation du salarié entraîne automatiquement la couverture de ses ayants droit. Le salarié devra obligatoirement communiquer une copie de son Attestation Vitale et tout document demandé pour justifier de la couverture de ses ayants droit.

L’affiliation obligatoire s’impose dans les relations individuelles de travail et les salariés ne pourront s’opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

Article 4.1. : Dispense d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés une **dispense d'affiliation** est possible dans les cas prévus par la loi et ses décrets d'application (article L. 911-7 et D. 911-1 et suivants du code de la Sécurité sociale), exclusivement sur demande écrite de la part des salariés.

L'ensemble des cas de dispenses mentionnés ci-après aux points 1 et 2, sont valables à l'embauche et la demande de dispense doit être formulée à ce moment-là.

Postérieurement à l'embauche, seul l'un des cas de dispense prévus au point 2 est applicable et pour être recevable, la demande de dispense doit être formulée à la date de mise en place de la couverture dont bénéficie le salarié par ailleurs, parmi les dispositifs énoncés.

Les cas de dispenses légaux et réglementaires applicables sont ceux en vigueur au jour de la rédaction du présent avenant à l'accord du 19 mai 2006, et sont les suivants :

- **1-** Au moment de l'embauche, les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la disposition prend fin à la date de reconduction tacite. La demande de dispense doit s'accompagner d'un justificatif.
- **2-** Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, en tant que salarié multi-employeur ou en tant qu'ayant-droit, d'une couverture collective complémentaire parmi les suivantes :
 - o couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire conformément à l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale ;
 - o Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 (CAMEG) ;
 - o Mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - o 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 (contrats « Madelin »).

Le salarié devra justifier annuellement auprès de l'employeur de cette dispense d'affiliation.

Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Article 4.2. : Renonciation à l'affiliation

Par ailleurs, dès lors qu'ils auront été préalablement informés des conséquences de ce choix, les salariés sous contrat à durée déterminée (CDD) de moins de 12 mois (sans nécessité de présenter un justificatif), les salariés sous CDD de 12 mois et plus, (produisant tous documents justifiant d'une couverture frais de santé souscrite par ailleurs) ou les salariés qui bénéficient d'une couverture au titre de la CMU-C ou de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) peuvent, à leur demande expresse formulée par écrit, renoncer à être affiliés à ce régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE ».

Cette renonciation est valable tant que le salarié ne demande pas à s'affilier au régime et répond aux conditions.

En tout état de cause, l'ensemble de ces salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Article 4.2. : Dispositif du versement employeur

La couverture au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » des salariés sous **contrat de travail à durée déterminée de moins de trois mois** de durée continue, est assurée au travers du dispositif du **versement employeur**, tel que défini par la loi et ses décrets d'application (article L. 911-7 et D. 911-8 du code de la Sécurité sociale).

Le montant du versement employeur correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » pour la catégorie à laquelle appartient le salarié et pour la période concernée, à laquelle est appliqué un coefficient de majoration de 25%.

Lorsque la contribution est forfaitaire (application du taux de cotisation sur les valeurs des planchers ou plafonds, tels que définis à l'article 5.1 : *taux, montant assiette des cotisations*), il lui est appliqué un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail.

Ce coefficient n'est pas applicable à la contribution proportionnelle à la rémunération (application du taux de cotisation sur la rémunération).

Le montant retenu, avant majoration de 25 %, ne peut être inférieur à celui fixé à l'article D. 911-8 du code de la Sécurité sociale, revalorisé chaque année par arrêté (pour l'année 2017, 15,26 € pour les personnes relevant du régime général ou 5,09 € pour les personnes relevant du régime local).

CHAPITRE 4 : RECONDUCTION DU CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR ACTUEL

Les parties signataires ont convenu à l'avenant N° 8 du 22 juillet 2014 de reconduire la désignation de LA MUTUELLE GENERALE, à effet du 1^{er} juillet 2014, pour une durée ferme de 3 ans et demi, soit jusqu'au 31 décembre 2017.

Les parties signataires conviennent de reconduire la désignation de LA MUTUELLE GENERALE, à effet du 1^{er} janvier 2018, pour une nouvelle durée ferme de 12 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2018.

Par ailleurs, les dispositions du CHAPITRE 8 «COMMISSION DE SUIVI : FONCTIONNEMENT ET ROLE » portant sur les garanties « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » de l'accord du 19 mai 2006 sont étendues au « REGIME DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES », à effet du **1^{er} janvier 2018**.

Il est ajouté à l'accord du 19 mai 2006, le chapitre 10 ci-après, à effet du 1^{er} janvier 2018.

CHAPITRE 10 : LE « REGIME DE GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES » A CELLES DU REGIME « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » OBLIGATOIRE

Les parties conviennent de l'instauration d'un régime de garanties surcomplémentaires à celles du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire, sur des niveaux de garanties non « responsables ».

Ceci dans le but de permettre aux salariés assurés dans le Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire de compléter leurs remboursements frais de santé complémentaires, s'ils le souhaitent.

La mise en œuvre de ces garanties surcomplémentaires passe par la souscription par La Poste d'un contrat d'assurance collective distinct de celui souscrit pour l'assurance du Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire. Il est à adhésion facultative et sans participation employeur.

L'affiliation des salariés est facultative. Les ayants droits assurés sont les mêmes que ceux couverts dans le Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire.

Les conditions de maintien des garanties sont les mêmes que celles du Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire, pendant les périodes de suspension de contrat de travail et en cas de cessation du contrat de travail.

Article 1 : L'affiliation aux garanties surcomplémentaires

Le choix d'adhérer à l'un des niveaux d'option surcomplémentaire proposés pourra être effectué au 1^{er} janvier 2018 pour les salariés déjà présents et affiliés au Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire. Pour les autres, le choix s'effectuera au moment de l'affiliation dans le Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire. Tout choix d'adhésion à une option sera possible ultérieurement, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en effectuer la demande par écrit auprès de l'assureur, en recommandant avec accusé de réception, à l'aide d'un bulletin d'adhésion modificatif, avant le 31 octobre précédent.

Toutefois, l'adhésion pourra avoir lieu en cours d'année, dans les six mois suivants un changement de situation de famille ou professionnelle. La prise d'effet de l'affiliation sera au premier jour du mois suivant la réception par l'assureur, en recommandant avec accusé de réception, d'un bulletin d'adhésion modificatif accompagné de justificatifs, notamment dans les cas suivants :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge du salarié;
- mariage ou divorce (ou séparation de corps) ;
- début ou fin de Pacte Civil de Solidarité (PACS) du salarié ;
- début ou fin de concubinage de l'agent ;
- décès de l'un des ayants droit ;
- changement de statut (employé à cadre) ;
- changement de grade à l'intérieur d'un collège;
- passage du salarié d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel, ou inversement ;
- changement de quotité de travail ou d'horaire contractuel de 25% et plus pour un salarié à temps partiel ;
- surendettement validé par une commission de surendettement ;
- invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie permanente ;
- période chômage du conjoint.

Article 2 : Cessation de l'adhésion aux garanties surcomplémentaires

Le bénéfice de l'option surcomplémentaire facultative choisie cesse définitivement :

- à la date de résiliation de l'option facultative par l'Assuré ;

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9 « Défaut de paiement de la cotisation des options surcomplémentaires ».

Pour les éventuels ayants droit, le bénéfice de l'option facultative cesse à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues par le contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur. Elles sont indiquées dans la notice d'information de l'assureur remise à chaque bénéficiaire.

En tout état de cause, la cessation des garanties pour le salarié entraîne automatiquement celle de ses éventuels ayants droit.

Article 3 : Changement de niveau d'option

La durée d'adhésion à un niveau d'option surcomplémentaire est de deux années minimum, plus l'année au cours de laquelle est intervenue l'adhésion, dans le cas d'un choix en cours d'année.

Pour changer de niveau d'option, le salarié devra respecter un préavis de deux mois minimum et adresser à l'assureur un bulletin d'adhésion modificatif, en recommandé avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Le changement de niveau de garanties sera effectif au 1er janvier de l'année suivant la demande.

Toutefois, le salarié a la possibilité de modifier à tout moment le niveau d'option choisi, dans les six mois suivants un changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus. Le changement de garanties sera effectif le premier jour du mois suivant la date d'envoi à l'assureur du bulletin d'adhésion modificatif accompagné de justificatifs, adressé en recommandé avec accusé de réception.

Article 4 : Résiliation des garanties à une option surcomplémentaire

La durée d'adhésion à l'un des niveaux d'option surcomplémentaire est de deux années minimum, plus l'année au cours de laquelle est intervenue l'adhésion, dans le cas d'un choix en cours d'année. Ainsi, le salarié ayant choisi d'adhérer à une option surcomplémentaire ne pourra demander sa résiliation, qu'après une adhésion de deux années pleines plus l'année d'adhésion, le cas échéant.

Il devra respecter un préavis de deux mois minimum, et adresser à l'assureur une lettre de résiliation, en recommandé avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, pour une prise d'effet au 1er janvier suivant.

Toutefois, le salarié a la possibilité de résilier à tout moment l'adhésion à l'option surcomplémentaire choisie, dans les six mois suivants un changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus. La résiliation sera effective le premier jour du mois suivant la date d'envoi à l'assureur d'une lettre de résiliation accompagnée de justificatifs, en recommandé avec accusé de réception.

La demande de résiliation de l'adhésion à une option est définitive pour le salarié et ses ayants droit, sauf en cas de changement de situation de famille ou professionnelle visé ci-dessus.

Article 5 : Paiement de la cotisation des options surcomplémentaires

La cotisation annuelle afférente à l'option surcomplémentaire éventuellement souscrite est à la charge intégrale du salarié et est payable mensuellement.

Lors de la souscription auprès de l'assureur, le salarié autorisera le précompte de la cotisation à acquitter au titre de l'option surcomplémentaire choisie, sur l'ensemble des sommes brutes perçues par le salarié.

Le salarié a toutefois la possibilité d'opter pour un paiement de la cotisation afférente à l'option surcomplémentaire éventuellement souscrite directement auprès de l'assureur. Il doit dans ce cas en formuler la demande par écrit auprès de l'assureur.

Article 6 : Défaut de paiement de la cotisation des options surcomplémentaires

Au-delà de deux mois de cotisations impayées, dans le cas où La Poste se trouverait dans l'incapacité d'assurer le précompte du montant intégral de la cotisation afférente à l'option surcomplémentaire facultative ou si le salarié a opté pour le paiement direct de ladite cotisation à l'assureur, et à défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, le salarié concerné peut être exclu du groupe des Assurés des options facultatives conformément aux dispositions de l'article L. 221-8, II du Code de la Mutualité. Dans les situations visées à l'alinéa précédent, La Poste ne saurait en aucun cas se substituer au salarié défaillant.

L'exclusion du groupe des assurés de la surcomplémentaire facultative ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par l'assureur. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion de la surcomplémentaire facultative.

Article 7 : Les cotisations des options surcomplémentaires

Les cotisations à la charge exclusive des salariés, servant au financement des garanties surcomplémentaires facultatives sont fixées comme suit, par niveau d'options surcomplémentaires, collègue et situation de famille :

Les cotisations sont calculées mensuellement par application des taux de cotisations, définis ci-dessous, sur la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année précédente.

Régime général – Mayotte et Régime Alsace Moselle

Employés

	OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Salarié	0,029%	0,135%	0,502%
Conjoint	0,029%	0,135%	0,502%
Enfant	0,018%	0,083%	0,311%

Cadres

	OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES	
	OPTION 2	OPTION 3
Salarié	0,031%	0,502%
Conjoint	0,031%	0,502%
Enfant	0,020%	0,311%

Article 8 : L'évolution des cotisations des options surcomplémentaires

Les garanties décrites dans les résumés figurant en annexe et dans les contrats d'assurance relèvent du seul engagement de l'organisme assureur, qui est pris en contrepartie du paiement des cotisations définies à cet accord.

Par conséquent, toute modification des cotisations des options surcomplémentaires fera l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord.

Avenant N° 9 à l'accord « Prévoyance-Santé » du 19 Mai 2006

18
SC H.L.J.E

IF
M
f

Les propositions d'ajustements seront examinées par la commission de suivi instituée au chapitre 8 du présent accord, dans les conditions prévues au chapitre 7 « REVISION ET DENONCIATION ».

Les parties signataires conviennent que l'équilibre entre cotisations et prestations des options surcomplémentaires facultatives sera recherché uniquement au travers d'un ajustement des prestations et/ou des cotisations.

Article 9 : Les garanties des options surcomplémentaires

Les garanties, les conditions d'ouverture des droits, les modalités de calcul et de paiement des garanties sont définies au contrat souscrit auprès de l'organisme assureur. Elles sont indiquées dans la notice d'information de l'assureur remise à chaque bénéficiaire, distincte de celle du Régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire. Les garanties à la date de mise en place du dispositif surcomplémentaire figurent en annexe 3 au présent accord.

Les parties conviennent qu'en cas d'évolution des prestations de la Sécurité sociale, les garanties et/ou les cotisations pourront être révisées. Les adaptations feront l'objet de la signature d'un avenant au présent accord dans les conditions prévues au chapitre 7 « REVISION ET DENONCIATION » et ce, afin de maintenir l'équilibre du rapport prestations sur cotisations, nettes de taxes du régime. Cette disposition est également applicable, en cas de modification de législation de la Sécurité sociale intervenant au 1er janvier 2018.

Article 10 : Les comptes des options surcomplémentaires

Des comptes de résultats techniques seront établis pour chacun des niveaux de garanties surcomplémentaires facultatives. Les résultats de ces garanties surcomplémentaires seront mutualisés exclusivement entre eux.

Les excédents éventuels des comptes des options facultatives viendront alimenter une réserve générale qui restera acquise au régime des options surcomplémentaires facultatives en vue de faire face à des aléas futurs.

Dans l'hypothèse où la Réserve Générale des options présenterait un solde négatif, les taux de cotisation ou le niveau des garanties des options seront revus afin de rétablir un équilibre technique pérenne des garanties surcomplémentaires. Les adaptations feront l'objet de la signature d'un avenant au présent accord dans les conditions prévues au chapitre 7 « REVISION ET DENONCIATION ».

CHAPITRE 5 : MODIFICATIONS APPORTEES AU CHAPITRE 7 « REVISION ET DENONCIATION »

Les cinq derniers alinéas du CHAPITRE 7 « REVISION ET DENONCIATION » sont remplacés par ce qui suit, à effet du **1^{er} janvier 2018** :

Le présent accord pourra être dénoncé à tout moment soit par la direction soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives signataires selon les modalités légales et réglementaires en vigueur.

Il est expressément convenu entre les parties signataires que cette dénonciation pourra, soit porter sur la totalité de l'accord, soit porter uniquement sur le régime « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES », uniquement sur le régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » ou uniquement sur le régime des « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES ».

Si la dénonciation est limitée à un seul des deux régimes ou au régime des « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES », les dispositions des autres chapitres du présent accord, non spécifiques à la ou aux partie(s) dénoncée(s) resteront en vigueur. L'acte de dénonciation devra en conséquence préciser le caractère total ou limité soit au régime « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES », au régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » ou au régime des « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES »

Le préavis de dénonciation est fixé à 6 mois. En tout état de cause, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance du (ou des) contrat(s) d'assurance prévue dans les conditions de dénonciation de ce(s) dernier(s).

La résiliation du contrat d'assurance du régime « INCAPACITE-INVALIDITE-DECES » et du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » ou du contrat d'assurance du régime des « GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES » par l'organisme assureur emportera de plein droit la caducité des chapitres de l'accord portant sur ces régimes, par disparition de leur objet.

En cas de résiliation du (ou des) contrat(s) d'assurance par l'assureur, le préavis de dénonciation totale ou partielle de l'accord collectif sera réduit à un mois.

SIGNATURES :

Fait à Paris, le 26 Juillet 2017

Pour La Poste

La Directrice Générale Adjointe
Directrice des Ressources Humaines et des Relations Sociales du Groupe La Poste




Sylvie FRANÇOIS

Pour les organisations syndicales

Fédération Communication Conseil Culture
(F3C - CFDT)

Stéphane CHÉRET




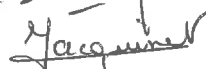

Fédération des syndicats PTT
Solidaires Unitaires et Démocratiques
(SUD)

Fédération syndicaliste Force Ouvrière
De la Communication Postes et
Télécommunications (FO - COM)

Florence Isabelle



Unis pour Agir Ensemble
Fédération CFTC des Postes et des
Télécommunications
CGC Groupe La Poste
Fédération UNSA - Postes

C. BROSSIER 
E. JACQUINET 
M. Lagrenier 

ANNEXE 2 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE en plus de la Sécurité sociale

mise en conformité sur niveau maximum autorisé

mise en conformité à la hausse

amélioration de garanties

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SALARIES EMPLOYES	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Régime GENERAL		
Honoraires - Soins de ville		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Consultations et visites (Généralistes et Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 170% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
Majoration pour visite à domicile non justifiée	Néant	Néant
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70% BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. <i>(hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)</i>	100% TM	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B (hors un euro)	100% TM	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	4 fois 56€ / an	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	3 fois 36€ / an	
- Honoraires des Sages-femmes	100% TM	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70% BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	100% TM	
- Participation Forfaitaire	18€ par jour	
Dentaire		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	100% TM + 50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	3 fois 43,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	440 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	440 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	100% TM + 170% BR	
- Inlays et Onlays	440 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	Néant	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100% TM + 250% BR	
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	100% de la BR reconstituée	

SALARIES EMPLOYES Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Produits pharmaceutiques et fournitures		
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations. Hors franchise médicale de 50 cts d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement		
- Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la sécurité sociale	100% TM	
- Pharmacie à 30%	100% TM	
- Pharmacie à 15%	Néant	
- Contraceptif oral prescrits et non remboursé par la sécurité sociale <i>(versé en une ou plusieurs fois sur présentation de facture ou ticket de caisse et prescription)</i>	52 € / année civile	
- Substituts Nicotiniques prescrits sur ordonnance séparée et remboursés par la sécurité sociale <i>(versé en une fois pour les 2ème et 3ème mois après la sécurité sociale)</i>	/ année civile : 2 fois 31 €	
- Acoustique - Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale	100% TM + 215% BR	
- Prothèses mammaires (<i>prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie</i>) par acte - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	100% TM + 571€ 571 €	
- Prothèses capillaires par acte - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	100% TM + 191 € 191 €	
- Orthopédie	100% TM + 50% BR	
- Petits appareillages	100% TM + 50% BR	
- Grands appareillages	100% TM + 35% BR	
Optique		
- Verres - Verre simple - Verre moyen - Verre complexe - Verre hypercomplexe	78,50 € / verre 178 € / verre 238,50 € / verre 292,50 € / verre	
- Monture - Ayant droit de moins de 18 ans (<i>jusqu'au 31 décembre de l'année des 17 ans</i>) - Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans (<i>à partir du 1er janvier de l'année des 18 ans</i>)	67 € 120,50 €	
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale - ayant droit de moins de 18 ans - assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	Dans la limite du plafond du contrat responsable 100% TM + 60% BR 100% TM + 310% BR	
- Lentilles - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	100% TM + 310% BR + 103 € 103 €	
- Prothèses oculaires	100% TM + 350% BR	
- Chirurgie réfractive (par oeil)	516 €	

SALARIES EMPLOYES		REGIME DE BASE RESPONSABLE	
		Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle			
Cure thermale			
Secteurs conventionné et non conventionné			
- Etablissement Thermal	100% TM		
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 50% BR		
Hospitalisation			
Etablissements conventionnés et non conventionnés			
- Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)</i>	100% TM		
- Chambre particulière	67 € / jour		
- Forfait journalier	100% des frais réels		
- Forfait journalier Service Psychiatrie	100% des frais réels		
- Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	47,50 € / jour		
- Honoraires des praticiens			
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale			
- Parcours de soins	100% TM + 170% BR	100% TM + 100% BR	
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR	
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale			
- Parcours de soins	100% TM + 170% BR	100% TM + 100% BR	
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR	

Optique : limites

- dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel* ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.
* sur présentation d'une nouvelle prescription médicale précisant le changement de correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Doit également être fournis la prescription de l'équipement précédent ou tout document de l'opticien, précisant la correction de l'équipement précédent.
- Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

mise en conformité sur niveau maximum autorisé

mise en conformité à la hausse

amélioration de garanties

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SALARIES CADRES	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Régime GENERAL		
Honoraires - Soins de ville		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Consultations et visites (Généralistes et Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire prise en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 170% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
Majoration pour visite à domicile non justifiée	Néant	Néant
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) prélèvements effectués par des médecin, chirurgiens-dentistes, sages-femmes		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70% BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)	100% TM	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B (hors un euro)	100% TM	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	4 fois 56 € / an	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	3 fois 36 € / an	
- Honoraires des Sages-femmes	100% TM	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale		
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	100% TM + 70% BR	100% TM + 50% BR
- Hors parcours de soins (hors un euro et les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM	100% TM
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	100% TM	
- Participation Forfaitaire	18€ par jour	
Dentaire		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Actes pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	100% TM + 50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	3 fois 43,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	477 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	440 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	100% TM + 220% BR	
Inlays et Onlays	440 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	Néant	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100% TM + 250% BR	
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	100% de la BR reconstituée	

SALARIES CADRES Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Produits pharmaceutiques et fournitures		
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement)		
- Pharmacie à 65% et vaccins remboursés par la sécurité sociale		100% TM
- Pharmacie à 30%		100% TM
- Pharmacie à 15%		Néant
- Contraceptif oral prescrits et non remboursé par la sécurité sociale <i>(versé en une ou plusieurs fois sur présentation de facture ou ticket de caisse et prescription)</i>		52 € / année civile
- Substituts Nicotiniques prescrits sur ordonnance séparée et remboursés par la sécurité sociale <i>(versé en une fois pour les 2ème et 3ème mois après la sécurité sociale)</i>		/ année civile : 2 fois 31 €
- Acoustique		
- Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale		100% TM + 315% BR
- Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 571 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		571 €
- Prothèses capillaires par acte		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 191 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		191 €
- Orthopédie		
- Petits appareillages		100% TM + 50% BR
- Petits appareillages		100% TM + 50% BR
- Grands appareillages		100% TM + 35% BR
Optique		
- Verres		
- Verre simple		85 € / verre
- Verre moyen		192,50 € / verre
- Verre complexe		250 € / verre
- Verre hypercomplexe		304 € / verre
- Monture		
- Ayant droit de moins de 18 ans (<i>jusqu'au 31 décembre de l'année des 17 ans</i>)		82 €
- Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans (<i>à partir du 1er janvier de l'année des 18 ans</i>)		150 €
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale		Dans la limite du plafond du contrat responsable
- ayant droit de moins de 18 ans		100% TM + 60% BR
- assuré ou ayant droit de plus de 18 ans		100% TM + 310% BR
- Lentilles		
- prises en charge par la sécurité sociale		100% TM + 310% BR + 192,50 €
- non prises en charge par la sécurité sociale		192,50 €
- Prothèses oculaires		
- Prothèses oculaires		100% TM + 350% BR
- Chirurgie réfractive (par œil)		555,50 €

SALARIES CADRES	REGIME DE BASE RESPONSABLE	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle		
Cure thermale		
Secteurs conventionné et non conventionné		
- Etablissement Thermal	100% TM	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 50% BR	
Hospitalisation		
Etablissements conventionnés et non conventionnés		
- Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)</i>	100% TM	
- Chambre particulière	73 € / jour	
- Forfait journalier	100% des frais réels	
- Forfait journalier Service Psychiatrie	100% des frais réels	
- Accompagnement (enfant de moins de 10 ans et enfant handicapé de moins de 20 ans)	47,50 € / jour	
- Honoraires des praticiens		
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale		
- Parcours de soins	100% TM + 170% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale		
- Parcours de soins	100% TM + 170% BR	100% TM + 100% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	100% TM + 45% BR	100% TM + 25% BR

Optique : limites

- dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel* ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.

* sur présentation d'une nouvelle prescription médicale précisant le changement de correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Doit également être fournis la prescription de l'équipement précédent ou tout document de l'opticien, précisant la correction de l'équipement précédent.

- Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.

Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, dans la limite des plafonds du cahier des charges des contrats responsables.

**ANNEXE 3 : INFORMATION SUR LES GARANTIES POUR LA COUVERTURE
« REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIVE**
Additionnelles à de celles du régime « REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE » obligatoire.

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement
de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SALARIES EMPLOYES Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Honoraires - Soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné						
- Consultations et visites (Généralistes et Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	70% BR	Néant*	70% BR	150 % BR	220% BR
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B (hors un euro)	Néant*		Néant*		Néant*	
- Honoraires des Sages-femmes	Néant*		Néant*		Néant*	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale						
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant	20% BR	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	Néant*		Néant*		Néant*	
Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné						
- Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	Néant*		Néant*		50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	Néant		Néant		3 fois 26,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	Néant		37 € / dent		137 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	Néant		Néant		137 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	Néant*		50% BR		175% BR	
- Inlays et Onlays	Néant		Néant		137 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	Néant		Néant		638 € / dent Maximum 3 / an	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	Néant		Néant		75% BR	
Produits pharmaceutiques et fournitures						
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations. Hors franchise médicale de 50 cts d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement						
- Pharmacie à 15%	Néant		Néant		100% TM	
- Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale	Néant		Néant		105€ / année civile / bénéficiaire	

SALARIES EMPLOYES Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
- Acoustique (1) - Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale	Néant*		100% BR		295% BR	
- Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
- Prothèses capillaires par acte - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
- Orthopédie	Néant*		Néant*		120% BR	
- Petits appareillages	Néant*		Néant*		120% BR	
- Grands appareillages	Néant*		Néant*		120% BR	
Optique						
- Verres - Verre simple - Verre moyen - Verre complexe - Verre hypercomplexe	Néant Néant Néant Néant		6,50 € / verre 14,50 € / verre 11,50 € / verre 11,50 € / verre		31,50 € / verre 69 € / verre 80,50 € / verre 80,50 € / verre	
- Monture - Ayant droit de moins de 18 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année des 17 ans) - Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans (à partir du 1er janvier de l'année des 18 ans)	Néant Néant		15 € 34,50 €		66,50 € 142,50 €	
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale (1) - ayant droit de moins de 18 ans - assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	Néant* Néant*		Néant* Néant*		Néant* Néant*	
- Lentilles - prises en charge par la sécurité sociale (1) - non prises en charge par la sécurité sociale	Néant* Néant		89,50 € 89,50 €		180,50 € 213,00 €	
- Prothèses oculaires	Néant*		Néant*		Néant*	
- Chirurgie réfractive (par œil)	Néant		39,50 €		306 €	
Cure thermique Secteurs conventionné et non conventionné						
- Etablissement Thermal	Néant*		Néant*		Néant*	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	Néant*		Néant*		Néant*	
Hospitalisation Etablissements conventionnés et non conventionnés						
- Frais de séjour <i>(les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)</i>	Néant*		Néant*		Néant*	
- Chambre particulière	Néant		6 € / jour		36,5 € / jour	
- Honoraires des praticiens						
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale (hors Régime LOCAL Alsace Moselle)						
- Parcours de soins	Néant*		70% BR		75 % BR	
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant		20% BR		Néant	
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale						
- Parcours de soins	Néant		70% BR		75 % BR	
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant		20% BR		Néant	

(1) 5 %BR sont ajoutés en Régime LOCAL Alsace Moselle sur ces postes

Montant exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et/ou en euros

TM : Ticket Modérateur = différence entre 100 % de la BR et le Remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SALARIES CADRES Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
Honoraires - Soins de ville				
Secteurs conventionné et non conventionné				
- Consultations et visites (Généralistes et Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire prise en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition				
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	70% BR	150 % BR	220% BR
- Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - actes d'imageries (radiologie) prélèvements effectués par des médecin, chirurgiens-dentistes, sages-femmes				
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Honoraires auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euro par acte)	Néant*		Néant*	
- Examens de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B (hors un euro)	Néant*		Néant*	
- Honoraires Ostéopathes - Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	Néant*		Néant*	
- Honoraires Diététiciens diplômés d'état	Néant*		Néant*	
- Honoraires des Sages-femmes	Néant*		Néant*	
- Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale				
- Dans le parcours de soins (hors un euro)	Néant*	20% BR	Néant*	20% BR
- Transport et déplacement (hors la franchise médicale de 2 euros par trajet)	Néant*		Néant*	
Dentaire				
Secteurs conventionné et non conventionné				
- Actes pris en charge par la Sécurité Sociale dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	Néant*		50% BR	
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale	Néant		3 fois 26,50 € / an	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents de devant)	Néant		100 € / dent	
- Prothèses fixes y compris couronne sur implant (dents du fond)	Néant		137 € / dent	
- Prothèses mobiles, Inlay core	Néant*		125% BR	
Inlays et Onlays	Néant		137 € / dent	
- Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale (hors couronne sur implant)	Néant		638 € / dent Maximum 3 / an	
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	Néant		75% BR	
Produits pharmaceutiques et fournitures				
- Pharmacie dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations. (hors la franchise médicale de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et toute autre unité de conditionnement)				
- Pharmacie à 15%	Néant		100% TM	
- Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale	Néant		105€ / année civile / bénéficiaire	

SALARIES CADRES Régime GENERAL et Régime LOCAL Alsace Moselle	OPTION 2		OPTION 3	
	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS	Adhérent à l'OPTAM ou CAS	Non Adhérent à l'OPTAM ou non CAS
- Acoustique (1) - Appareillage, fournitures, entretien et réparation pris en charge par la sécurité sociale	Néant*		195% BR	
- Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien-gorge adapté acheté la même année en pharmacie) par acte - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*	
- Prothèses capillaires par acte - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale	Néant*		Néant*	
- Orthopédie	Néant*		120% BR	
- Petits appareillages	Néant*		120% BR	
- Grands appareillages	Néant*		120% BR	
Optique				
- Verres - Verre simple - Verre moyen - Verre complexe - Verre hypercomplexe	Néant Néant Néant Néant		25 € / verre 54,50 € / verre 69 € / verre 69 € / verre	
- Monture - Ayant droit de moins de 18 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année des 17 ans) - Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans (à partir du 1er janvier de l'année des 18 ans)	Néant 5 €		51,50 € 113 €	
- Supplément optique pris en charge par la Sécurité Sociale (1) - ayant droit de moins de 18 ans - assuré ou ayant droit de plus de 18 ans	Néant* Néant*		Néant* Néant*	
- Lentilles - prises en charge par la sécurité sociale (1) - non prises en charge par la sécurité sociale	Néant* Néant		91,00 € 123,50 €	
- Prothèses oculaires	Néant*		Néant*	
- Chirurgie réfractive (par œil)	Néant		266,50 €	
Cure thermale				
Secteurs conventionné et non conventionné				
- Etablissement Thermal	Néant*		Néant*	
- Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	Néant*		Néant*	
Hospitalisation				
Etablissements conventionnés et non conventionnés				
- Frais de séjour (les frais personnels, téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)	Néant*		Néant*	
- Chambre particulière	Néant		30,5 € / jour	
- Honoraires des praticiens				
Hospitalisation prise en charge à 80% par la Sécurité sociale				
- Parcours de soins	Néant*	70% BR	75 % BR	145% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant	20% BR	Néant	20% BR
Hospitalisation prise en charge à 100% par la Sécurité sociale				
- Parcours de soins	Néant	70% BR	75 % BR	145% BR
- Hors parcours de soins (hors les dépassements autorisés de spécialistes non remboursés par la SS et LMG)	Néant	20% BR	Néant	20% BR

(1) 5 %BR sont ajoutés en Régime LOCAL Alsace Moselle sur ces postes

Optique : limites

- dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel* ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.

* sur présentation d'une nouvelle prescription médicale précisant le changement de correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Doit également être fournis la prescription de l'équipement précédent ou tout document de l'opticien, précisant la correction de l'équipement précédent.

- Le forfait lentilles (remboursement accordé exprimé en euros) est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables.

* Dans les cas spécifiques où le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur par le régime obligatoire de Sécurité sociale (ex : affection de longue durée), les prestations servies par l'organisme assureur sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur reconstitué, sous déduction du montant déjà versé au titre des garanties du contrat de base obligatoire.