

ACCORD RELATIF AU REGIME FRAIS DE SANTE ENSEMBLE DU PERSONNEL

ENTRE :

La Société ENGIE ENERGIE SERVICES, Société Anonyme au capital de 1 083 555 072 euros, dont le siège social est situé 1 place Samuel de Champlain Faubourg de l'arche, 92930 Paris, la Défense, représentée par Monsieur Phillipe SARRE, agissant en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines, dûment habilitée aux fins des présentes,

D'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives au niveau de l'entreprise, chacune représentée par leur Délégué Syndical Central :

Pour CFDT, Monsieur Stéphane BEGUIN
Pour CFE-CGC, Monsieur Patrick LASNIER-CONFOLANT
Pour CGT, Monsieur Brahim BORNJ
Pour FO, Monsieur Michel DIRIX

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE

L'accord et l'avenant n°1 portant sur le régime frais de santé dont bénéficie le personnel arrive à échéance le 31 décembre 2024, et l'ensemble de ses dispositions prendra fin de plein droit à cette date.

Dans ce cadre, la direction et les organisations syndicales se sont réunis afin de formaliser un nouvel accord couvrant la période 2025 à 2027. Leur objectif commun est de maintenir une protection sociale de qualité tout en maîtrisant les coûts.

Cet accord vise à mettre en place, à compter du 1er janvier 2025, une couverture collective et obligatoire « frais de santé » pour l'ensemble des salariés de l'entreprise.

A cet effet, les parties se sont réunies à 7 reprises aux dates suivantes :

- 24 avril 2024
- 27 mai 2024
- 26 juin 2024
- 01 juillet 2024
- 12 septembre 2024
- 24 septembre 2024
- 22 octobre 2024

A l'issue de ces discussions, il a été décidé de ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Le service et le niveau des prestations relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur habilité, l'engagement patronal portant sur la seule affiliation des salariés au contrat et sur le financement de la cotisation dans les conditions énoncées du présent accord.

Le régime est adapté au cahier des charges du contrat « responsable ». A titre informatif, il est précisé qu'au-delà du régime obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, d'adhérer à un régime surcomplémentaire à adhésion facultative à la charge exclusive du salarié, afin d'améliorer le niveau de leurs garanties.

Sommaire

ARTICLE 1 – OBJET	4
ARTICLE 2 - ADHESION DES SALARIES	4
2.1 Salariés concernés	4
2.2 Caractère obligatoire de l'adhésion	4
2.3 Dispenses d'affiliation	4
2.4 Salariés dont le contrat de travail est suspendu	5
2.5 Salariés dont le contrat de travail est rompu	6
ARTICLE 3 – PRESTATIONS	6
ARTICLE 4 - FONDS SOCIAL DEDIE	6
ARTICLE 5 – COMMISSION SANTE/PREVOYANCE	7
ARTICLE 6 – COTISATIONS	7
6.1 Taux, répartition, assiette des cotisations	7
REGIME GENERAL :	8
REGIME ALSACE-MOSELLE :	8
6.3 Evolution ultérieure de la cotisation	9
6.4 Modalités de paiement des cotisations	9
ARTICLE 7 – INFORMATION	9
7.1 Information individuelle	9
7.2 Information collective	9
ARTICLE 8 – SUIVI DE L'ACCORD	10
ARTICLE 9 - DUREE ET DATE D'ENTREE EN VIGUEUR	10
ARTICLE 10 – SUBSTITUTION	10
ARTICLE 11 – NOTIFICATION	10
ARTICLE 12 - REVISION DE L'ACCORD	10
ARTICLE 13 - EVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE	11
ANNEXE 1 : GARANTIES SANTE AU 1ER JANVIER 2025	13
ANNEXE 2 : DEFINITION DES BENEFICIAIRES	16

ARTICLE 1 – OBJET

Cet accord a pour objet l'adhésion des salariés visés à l'article 2.1 ci-après, au contrat collectif d'assurance « frais de santé » souscrit à cet effet par l'entreprise auprès de AG2R, dont SIACI Saint Honoré en assure la gestion déléguée, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées (annexe 1).

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité sociale, l'Employeur devra, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord puis, au maximum tous les cinq ans, réexaminer le choix de l'organisme assureur.

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

ARTICLE 2 - ADHESION DES SALARIES

2.1 Salariés concernés

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés de la société ENGIE Energie Services SA. La couverture visée à l'annexe 1 est également applicable aux ayants-droits visés à l'annexe 2 du présent accord.

2.2 Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime est obligatoire sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'article 2.3 du présent accord. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise.

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.

2.3 Dispenses d'affiliation

Par exception et conformément à la réglementation (L. 911-7 III, D.911-2 et D. 911-5 du Code de la Sécurité sociale), certains salariés ont la faculté de refuser d'adhérer au régime. Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale, être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

En application de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale qui permet à l'entreprise de prévoir des dispenses supplémentaires, pourront demander à ne pas adhérer au présent régime à tout moment :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Cas particuliers de dispense en qualité d'ayant-droit :

Peuvent également bénéficier d'une dispense les salariés se trouvant couverts en tant qu'ayant droit par un autre régime frais de santé (généralement celui de leur conjoint, concubin ou partenaire de Pacs). Peu importe à cet égard que ce régime soit facultatif ou obligatoire pour les ayants droit.

Néanmoins, cette dispense n'est applicable qu'à deux moments :

- A l'embauche
- A la date de prise d'effet de la couverture par ailleurs en tant qu'ayant droit.

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas susvisés, le salarié fera parvenir sa demande, par écrit, accompagnée le cas échéant, du/des justificatif(s). Ce courrier fera mention que le salarié a bien été informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Le maintien de la dispense d'adhésion est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à l'employeur : à défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime.

En toute hypothèse, les salariés sollicitant le bénéfice des dispenses d'affiliation voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront à l'avenir solliciter le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de frais de santé, et ne pourront pas bénéficier du dispositif de portabilité après la rupture de leur contrat de travail.

Ainsi, en cas de dépenses de santé, les salariés dispensés ainsi que, le cas échéant, leurs ayants-droits, ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du présent régime.

2.4 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, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société ou d'un revenu de remplacement.

Dans une telle hypothèse, la société verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

En cas de congé de conversion, congé parental d'éducation, congé sabbatique, et plus généralement, les congés sans solde, les salariés ont la possibilité de continuer à bénéficier du régime frais de santé via le versement de l'intégralité de la cotisation.

2.5 Salariés dont le contrat de travail est rompu

Les salariés bénéficiaires du présent régime auront droit au maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise 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 accord.

En outre, conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, le maintien de la couverture frais de santé par l'organisme assureur sera proposé aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement, ainsi qu'aux ayants droit d'un salarié décédé, dans les conditions prévues au contrat d'assurance.

S'agissant des départs en retraite, la garantie Frais de Santé est maintenue à titre gratuit pendant 6 mois.

ARTICLE 3 – PRESTATIONS

Les prestations, qui sont annexées au présent accord à titre informatif (annexe 1), ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe 1 relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Par ailleurs, les parties au présent accord décident que le contrat souscrit auprès de l'organisme assureur doit respecter les obligations liées au cahier des charges des contrats responsables.

Dès lors, les parties au présent accord conviennent que les adaptations des prestations visées au contrat d'assurance et liées à l'évolution du cahier des charges des contrats responsables, dès lors qu'il n'existe aucune marge de négociation pour les partenaires sociaux, seront automatiquement mises en œuvre par simple avenant au contrat d'assurance.

ARTICLE 4 - FONDS SOCIAL DEDIE

Un fonds de solidarité dédié, dit fonds social, est mis en place au profit des bénéficiaires du régime institué. Il permet le versement d'allocations exceptionnelles liées à des dépenses médicales ou paramédicales.

Ces allocations sont versées dans la limite des disponibilités du fonds social, financé, chaque année, par une dotation prélevée sur le contrat santé de l'organisme assureur dans les conditions fixées dans le Règlement Fonds Social.

Ce fonds social est consigné chez le gestionnaire du contrat et activé sur décision d'une commission paritaire ad hoc laquelle se prononce sur les demandes préalablement transmises à l'organisme gestionnaire. Ce dernier recueille les demandes et justificatifs associés et préserve l'anonymat des demandeurs lors de la transmission des demandes à la commission ad hoc.

La commission ad hoc est composée de représentant(s) de la Direction, du Président de la commission Santé & Prévoyance du Comité Social et Economique Central et d'un délégué par organisation syndicale représentative signataire. Ses principes et modalités de fonctionnement sont définis, dans le cadre d'un règlement entre l'organisme complémentaire, le gestionnaire, l'entreprise et le Président de la commission Santé & prévoyance du Comité Social et Economique Central. Cette commission est réunie une fois par trimestre, si nécessaire. Un point relatif à l'utilisation du fonds social sera effectué lors de la présentation des comptes à la commission Santé et Prévoyance du Comité Social et Economique Central.

Enfin, il est précisé que les adhérents au régime défini dans le présent accord sont également susceptibles d'avoir accès au fonds social de l'organisme assureur.

ARTICLE 5 – COMMISSION SANTE/PREVOYANCE

Il est rappelé aux termes de l'article 3.2.4 (Commission Santé/Prévoyance) de l'avenant n°2 à l'accord relatif à la représentation du personnel et au dialogue social au sein d'ENGIE Energies Services du 24 avril 2023 qu'elle est composée de 8 membres (et 1 remplaçant par OSR).

La commission Santé/Prévoyance se réunit 2 fois par an.

Le membre remplaçant par OSR sera invité si l'OSR n'est pas déjà représentée au sein de la Commission et que l'OSR concernée est signataire du présent accord.

ARTICLE 6 – COTISATIONS

Les partenaires sociaux ont souhaité que les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais de santé » correspondent à un pourcentage du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (PMSS).

6.1 Taux, répartition, assiette des cotisations

Les cotisations mentionnées au présent article sont calculées sur une base de douze mois, selon les modalités définies à l'article 6.4 et elles sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 60,24 %
- Part salariale : 39,76 %

REGIME GENERAL :

	PART SALARIALE ⁽¹⁾	PART PATRONALE ⁽¹⁾	TOTAL ⁽¹⁾
Salariés ne relevant pas de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017	1,63%	2,48%	4,11%
Salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 dont la rémunération est ≤ 2 PASS ⁽²⁾ (Cadres)	1,95%	2,95%	4,90%
Salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 dont la rémunération est > 2 PASS ⁽²⁾ (Cadres)	2,29%	3,48%	5,77%

(1) Taux de cotisation assis sur le PMSS

(2) PASS = Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

REGIME ALSACE-MOSELLE :

	PART SALARIALE ⁽¹⁾	PART PATRONALE ⁽¹⁾	TOTAL ⁽¹⁾
Salariés ne relevant pas de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017	1,15%	1,73%	2,88%
Salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 dont la rémunération est ≤ 2 PASS ⁽²⁾ (Cadres)	1,36%	2,07%	3,43%
Salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017 dont la rémunération est > 2 PASS ⁽²⁾ (Cadres)	1,61%	2,43%	4,04%

(1) Taux de cotisation assis sur le PMSS

(2) PASS = Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

La catégorie de cotisation cadre (salariés relevant de l'article 2.1 de l'ANI Prévoyance du 17 novembre 2017) à laquelle le salarié est assujettie, c'est-à-dire dont la rémunération est supérieure ou inférieure à 2 PASS, dépend de la rémunération de l'année en cours (année N).

Afin de déterminer le taux de cotisations applicable en début d'année, il est pris en compte la rémunération de l'année N-1. Une régularisation, si besoin, est opérée en fin d'exercice ou départ du salarié.

6.3 Evolution ultérieure de la cotisation

Il est convenu entre les parties que toute évolution de la réglementation conduisant à l'instauration d'une nouvelle taxe (ou assimilée) ou à la réévaluation d'une taxe préexistante (ou assimilée) sera répercutée sur le niveau des cotisations tel que défini à l'article 6.1. Cette évolution sera formalisée par avenant au présent accord.

Par ailleurs, il est convenu qu'un examen annuel des comptes Frais de Santé sera réalisé dans le cadre de la Commission Santé & Prévoyance et sera susceptible de conduire à un réajustement des taux.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés.

6.4 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont prélevées mensuellement sur le bulletin de paie.

ARTICLE 7 – INFORMATION

7.1 Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur en partenariat avec l'intermédiaire, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

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

7.2 Information collective

En outre, l'entreprise, en partenariat avec l'organisme assureur, publiera annuellement une note de synthèse sur le régime, afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport « sinistre à primes » et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre financier du système. La Commission Santé et Prévoyance du Comité Social et Economique Central se réunira deux fois par an à cet effet et ce thème sera mis annuellement à l'ordre du jour du Comité Social et Economique Central.

Enfin, d'une manière générale, il pourra être fait usage de tout autre moyen de communication approprié pour communiquer sur la mise en place de ce régime et de son évolution.

ARTICLE 8 – SUIVI DE L'ACCORD

Le suivi de l'accord sera assuré par la Commission Santé et Prévoyance du Comité Social et Economique Central qui se réunit dans les conditions prévues par l'avenant n°2 à l'accord relatif à la représentation du personnel et au dialogue social au sein d'ENGIE Energies Services du 24 avril 2023.

ARTICLE 9 - DUREE ET DATE D'ENTREE EN VIGUEUR

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 3 ans.
Il entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2025.

Il sera déposé par la Partie la plus diligente sur la plateforme de télé-procédure du ministère du travail et auprès du Conseil des Prud'hommes compétent, dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

ARTICLE 10 – SUBSTITUTION

Les Parties conviennent expressément que le présent accord se substitue à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

ARTICLE 11 – NOTIFICATION

Le présent accord sera notifié, dans les plus brefs délais, par courrier recommandé ou courriel avec demande d'avis de réception ou lettre remise en main propre contre décharge, à l'ensemble des Organisations Syndicales Représentatives.

ARTICLE 12 - REVISION DE L'ACCORD

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision par voie d'avenant, notamment en raison d'évolution postérieure des textes législatifs et/ou conventionnels, conformément aux dispositions des articles L 2261-7-1 et L 2261-8 du Code du travail.

La demande de révision qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires.

En application des dispositions de l'article L.2261-7-1 précité, sont habilitées à engager la procédure de révision d'une convention ou d'un accord d'entreprise ou d'établissement :

1° Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cette convention ou cet accord a été conclu, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord et signataires ou adhérentes de cette convention ou de cet accord ;

2° A l'issue de cette période, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

Les entités, ou toute organisation syndicale représentative habilitée à engager la procédure de révision, qui souhaiterai(en)t s'engager dans cette voie, devra (ont) en informer les parties signataires, ainsi que les autres organisations syndicales représentatives, en joignant une note écrite précisant les dispositions du présent accord visées par la demande de révision.

Les négociations devront alors être engagées dans un délai de un mois suivant la réception de cette correspondance par lettre recommandée avec accusé de réception afin d'envisager la conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

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

ARTICLE 13 - EVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE

En cas d'évolution du cadre juridique et notamment en cas d'évolution législative, réglementaire ou des circulaires administratives, il est expressément prévu que les nouvelles règles ou interprétations s'appliqueront automatiquement au présent accord.

Toutefois, si cette évolution conduit à une remise en cause totale ou partielle des avantages fiscaux et/ou sociaux, les parties se rencontreront dans les meilleurs délais, à la demande de l'une d'entre elles, pour examiner les conséquences à en tirer.

A La Défense, le 26 novembre 2024

Pour la Direction : Philippe SARRE

Pour CFDT : *Stéphane BEGUIN*

Pour FO : *Michel DIRIX*

Pour CGT : *Brahim BORNI*

Pour CFE-CGC : *Patrick LASNIER-CONFOLANT*

Annexe 1 : Tableau des garanties et grille optique
Annexe 2 : Définition des bénéficiaires

ANNEXE 1 : GARANTIES SANTE AU 1ER JANVIER 2025

NATURE DES PRESTATIONS	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE REGIME DE BASE OBLIGATOIRE RESPONSABLE En complément de la Sécurité sociale Dans la limite des frais engagés
<u>HOSPITALISATION* (y compris frais de maternité)</u> - Frais de séjour - Forfait journalier hospitalier - Honoraires avec dépassements maîtrisés conventionné OPTAM / OPTAM-CO - Honoraires avec dépassements libres conventionné NON OPTAM / OPTAM-CO - Chambre particulière - Frais d'accompagnant dont frais annexes pour enfant de moins de 16 ans - Service psychiatrie, maison de santé privée pour maladies nerveuses ou mentales ; maison de repos ou de convalescence, établissement de postcures, établissement ou unité à caractère sanitaire	Conventionné : 100 % FR - RSS dans la limite de 400 % BR Non conventionné : 80 % FR dans la limite de 400 % BR 100 % Frais réels 400 % BR 100 % BR + TM 3 % PMSS par jour 2 % PMSS par jour Conventionné : 100 % FR - RSS Non conventionné : 80 % FR - RSS
<u>SOINS COURANTS*</u> - Médecin généraliste avec dépassement maîtrisés OPTAM/OPTAM-CO - Médecin généraliste avec dépassement libres NON OPTAM/OPTAM-CO - Médecin spécialiste avec dépassement maîtrisés OPTAM/OPTAM-CO - Médecin spécialiste avec dépassement libres NON OPTAM/OPTAM-CO - Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassement maîtrisés OPTAM/OPTAM-CO - Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassement libres OPTAM/OPTAM-CO - Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés OPTAM/OPTAM-CO - Imagerie médicale avec dépassements libres NON OPTAM/OPTAM-CO - Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) - Séances psychologues remboursées par la Ss** - Analyses et examens de laboratoires remboursés par la Ss - Analyses et examens de laboratoires non remboursés par la Ss - Médicaments remboursés Ss - Médicaments prescrits non remboursés Ss (y compris vaccins, sauf vaccins anti grippe cf. poste prévention) - Matériel médical	100 % BR 80 % BR 150 % BR 100% BR + TM 150 % BR 100% BR + TM 140% BR 90% BR + TM 130 % BR 100 % TM (maximum 8 séances / an) 130 % BR 7 % PMSS par an et par bénéficiaire 100% TM 160 € par an et par bénéficiaire 400 % BR
<u>TRANSPORT</u> Frais de Transport remboursés Ss et prescrit médicalement (hors cure thermale)	100 % BR
<u>DENTAIRE</u> - Soins et prothèses dentaires 100% SANTE (à compter du 1er janvier 2020)¹ - Soins dentaires (hors 100% santé) - Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif maîtrisé - Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif libre - Couronnes et inter de bridge pour dents visibles, canines, incisives et 1ère prémolaires (hors 100% Santé) à tarif maîtrisé - Couronnes et inter de bridge pour dents non visibles, 2ème prémolaires et molaires (hors 100% Santé) à tarif maîtrisé - Couronnes et inter de bridge pour dents visibles, canines, incisives et 1ère prémolaires (hors 100% Santé) à tarif libre - Couronnes et inter de bridge pour dents non visibles, 2ème prémolaires et molaires (hors 100% Santé) à tarif libre - Autres prothèses remboursées ou non par la Ss (appareil dentaire) - Inlay Core (hors 100% Santé) à tarif maîtrisé - Inlay Core (hors 100% Santé) à tarif libre - Implantologie - Orthodontie remboursée par la Ss - Orthodontie non remboursée par la Ss - Parodontologie remboursée par la Ss - Parodontologie non remboursée par la Ss - Actes dentaires non remboursés par la Ss (hors blanchiment), (ex : gouttière...)	HLV - Ss 130 % BR 450 % BR, dans la limite du HLV-Ss 450 % BR 500 % BR, dans la limite du HLV-Ss 450 % BR, dans la limite du HLV-Ss 500 % BR 450 % BR 500 % BR ou reconstruite 450 % BR, dans la limite du HLV-Ss 450 % BR Scanner dentaire : 7 % PMSS par an et par bénéficiaire Implant + Pilier : 37,5 % PMSS par implant max 2 par an et par bénéficiaire 300 % BR 300 % BRR 230 % BR 30 % PMSS par an et par bénéficiaire 7 % PMSS par an et par bénéficiaire
<u>OPTIQUE²</u> 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de - de 16 ans hors exception et à 6 mois pour les enfants de - 6 ans sous conditions Equipements 100% SANTE (à compter du 1 ^{er} janvier 2020) ³ - Monture - Verre - Suppléments optique - Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien - Lentilles remboursées par la Ss - Lentilles non remboursées par la Ss (y compris lentilles jetables) - Opération de la myopie, chirurgie suite à un défaut visuel de l'œil y compris implant oculaire	PLV - Ss 100 € - Ss cf. grille optique 100% TM 100% TM dans la limite de 100 % PLV - Ss 12 % PMSS par an et par bénéficiaire, au-delà du forfait : 100 % 12 % PMSS par an et par bénéficiaire 1 040 € par œil

NATURE DES PRESTATIONS	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE REGIME DE BASE OBLIGATOIRE RESPONSABLE En complément de la Sécurité sociale Dans la limite des frais engagés
<u>AIDES AUDITIVES⁴</u> 1 équipement par oreille, tous les 4 ans suivant la date de délivrance • Equipements 100% SANTE • Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus • Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans • Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	PLV - Ss 500 % BR dans la limite de 1 700 € y compris Ss 500 % BR dans la limite de 1 700 € y compris Ss 100% TM
<u>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</u> • Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 • Prévention dentaire (verniss fluorés pour les enfants de 6 à 14 ans et test salivaire) • Dépistage prénatal non invasif • Dispositif apné du sommeil • Vaccin anti grippe non remboursé par la Ss (prescrit ou non) • Bilan de psychomotricité • Psychomotricité • Consultation de diététiciens et psychologue • Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Podologue, Ergothérapie, Thérapie manuelle, Méthode Mézière	100% TM 40 € par an et par bénéficiaire 10 % PMSS par an et par bénéficiaire 7 % PMSS 3 % PMSS par an et par bénéficiaire 100 € par an et par bénéficiaire 40 € par séance, 5 séances maximum par an et par bénéficiaire 40 € par séance, 5 séances maximum par an et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues) + ajout de la spécialité tabacologue 40 € par séance, 5 séances maximum par an et par bénéficiaire (toutes spécialités confondues)
<u>CURE THERMALE (les remboursements se font uniquement sur la base des décomptes Sécurité sociale)</u> • Cure thermale remboursée Ss - limité aux frais réels • Etablissement de postcures, maison de cures thermales	forfait de 20% du PMSS par an et par bénéficiaire dans la limite des frais réels , au-delà : 100% TM (Pour le transport et l'hébergement non remboursés par la SS, forfait versé sur présentation de justificatifs de dépenses) Conventionné : 100 % Frais réels Non conventionné : 80 % Frais réels
<u>FRAIS D'OBSEQU</u> • De l'assuré, d'une personne à charge ou ayant droit - limité aux frais réels	30 % PMSS
<u>SERVICES</u> • Réseau	Itélis

Légende :

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **Ss** : Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur - **PMSS** : Plafond Mensuel Sécurité sociale - **RSS** : Remboursement Sécurité sociale - **PLV** : Prix limite de vente - **HLV** : Honoraire limite de vente

¹ date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 162-9 et L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale

² 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 par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

³ date d'entrée en vigueur des dispositifs relatifs au 100% Santé, définis dans l'article L. 165-1 à L.165-3 du code de la Sécurité sociale, qui comprend en optique des verres, monture et la prestation d'appairage pour les verres d'indices de réfraction différents et supplément applicable pour les verres avec filtre.

⁴ 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.

* En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

** Le psychologue doit : • Être diplômé ou avoir une expérience permettant d'attester d'un parcours consolidé en psychologie clinique ou en psychopathologie, • Être inscrit au registre national ADELI, • Avoir signé une convention avec la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif MonPsy.

GRILLE OPTIQUE

Verre à tarif libre	Adulte / par verre		Enfant / par verre	
	Unifocal	Multifocal	Unifocal	Multifocal
Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	160 €		150 €	
Verre complexe verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptrie verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	184 €	300 €	192 €	192 €
Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries		350 €		313 €

ANNEXE 2 : DEFINITION DES BENEFICIAIRES

1. ASSURES

L'ensemble des salariés de ENGIE Energie Services

2. AYANTS DROITS

a. Le conjoint

Le conjoint à charge au sens de la sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale.

Le concubin notoire ou co-contractant d'un pacte civil de solidarité.

Le salarié adhérent devra pouvoir justifier de sa situation à tout moment (livret de famille, certificat de concubinage et justificatif de domicile commun, contrat de pacte civil de solidarité).

b. Les enfants à charge

Sont considérés comme à charge les enfants âgés de moins de 16 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis :

- au besoin desquels l'assuré pourvoit et dont l'assuré assume la charge de l'entretien de façon effective et permanente,
- ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Sont assimilés aux enfants de moins de 16 ans, les enfants de moins de 26 ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité qui sont en apprentissage, bénéficient d'un contrat de professionnalisation ou dépendent d'un contrat-jeune aidé par l'Etat (type CES) et perçoivent une rémunération inférieure au salaire servant de base au calcul des prestations familiales ; dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat et de leurs bulletins de salaire
- qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnue au sens de l'article 169 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale
- demandeurs d'emploi inscrits au Pôle Emploi, fiscalement à charge et vivant sous le toit de l'assuré

Sont également assimilés aux enfants de moins de 16 ans, les enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui perçoivent l'une des allocations pour personnes handicapées et qui sont fiscalement à charge de l'assuré.

c. Les ascendants à charge

Sont considérés comme à charge, les ascendants fiscalement à charge et vivant sous le toit de l'assuré.