

Avenant n°2 à l'ACCORD relatif à la couverture sociale SANTE de CLEMESSY SA

Entre CLEMESSY S.A., Société Anonyme dont le siège social est à Mulhouse –
18 rue de Thann, immatriculée au RCS de Mulhouse sous le
N° B 945 752 137

représentée par

- Monsieur Léon PALERMITI, Directeur des Ressources Humaines,
d'une part,

et les organisations syndicales représentées par les Délégués Syndicaux Centraux :

- pour l'UNSA Madame Dolores VENTOROSI,
- pour la CFDT Monsieur Frédéric DUVAL,
- pour la CFE/CGC Monsieur Steve WEYH,
- pour la CGT Monsieur Claude MOISY,
- pour la CGT/FO Monsieur Jean Luc BAUDILLON,
d'autre part,

PREAMBULE

La couverture sociale Santé a été mise en place par l'accord d'entreprise du 19 juillet 1989 et modifiée par l'avenant n°1 du 19 décembre 2008.

Pour des raisons de clarté, les parties ayant choisi de réécrire entièrement les dispositions relatives à la couverture sociale Santé, l'avenant n°1 du 19 décembre 2008 s'est donc intégralement substitué aux dispositions relatives à la couverture sociale Santé contenues dans l'accord d'entreprise du 19 juillet 1989.

Le présent avenant n°2 a pour objet de mettre en œuvre les évolutions légales et réglementaires modifiant le cahier des charges des contrats « responsables ».

Il annule et remplace l'avenant N°1 du 19 décembre 2008 relatif à la couverture sociale Santé.

Il se substitue également à toutes autres dispositions conventionnelles, engagements unilatéraux ou usages portant sur le régime frais de santé.

Il est décidé ce qui suit en application de l'article L 911-1 du code de la Sécurité Sociale après information et consultation du Comité Central d'Entreprise.

Article 1 : adhésion

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des salariés, sans condition d'ancienneté, de la société CLEMESSY SA.

Il a pour objet la définition des garanties « remboursement frais médicaux ». **Ces garanties et leurs modalités d'application sont annexées au présent avenant (notice Frais de Santé CLEMESSY SA applicable au 01/01/2018).**

Les salariés devront obligatoirement adhérer à la convention d'assurance souscrite à cet effet.

Les salariés ne pourront pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Il est précisé que chaque salarié qui le souhaite pourra compléter le niveau de couverture Santé obligatoire en souscrivant à une des options complémentaires facultatives qui seront proposées, moyennant le paiement de cotisations additionnelles entièrement à sa charge.

Article 2 : cotisations

Taux, assiette, répartition des cotisations

Le financement du contrat de garanties collectives contre le risque "santé" est assuré via un forfait dont le montant est adapté en fonction du régime Sécurité Sociale applicable dans l'établissement d'affectation du collaborateur concerné (régime général ou régime local). Le forfait est pris en charge par l'entreprise et l'ensemble des salariés, dans les conditions suivantes :

A titre indicatif, pour 2018	Forfait cotisation employeur 2018	Forfait cotisation salarié 2018	Forfait cotisation totale 2018
Régime général (autres départements que ci-dessous)	51,44 EUR mensuels	47,28 EUR mensuels	98,72 EUR mensuels
Régime local (départements 57,67,68)	34,42 EUR mensuels	24,42 EUR mensuels	58,84 EUR mensuels

Article 3 : évolution ultérieure de la cotisation

Dans le cadre du fonctionnement habituel du contrat, l'augmentation des cotisations résultant de la clause d'indexation contractuelle sera répercutée dans les mêmes proportions entre l'entreprise et les salariés que les cotisations initiales.

En cas d'importante augmentation des cotisations due notamment à un changement conséquent de législation ou à un rapport « sinistres à primes » particulièrement défavorable, la société CLEMESSY SA s'engage à ouvrir des négociations avec les Représentants du personnel. CLEMESSY SA se réserve le droit de limiter sa contribution au paiement de la cotisation définie ci-dessus en cas d'échec des négociations.

En effet, il est expressément convenu que l'obligation de l'entreprise se limite au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessus pour leurs montants et taux arrêtés à cette date. En aucun cas, la société CLEMESSY SA ne s'engage sur les prestations définies dans la notice d'information jointe qui relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 4 : Le sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Pour les invalides en 2^{ème} et 3^{ème} catégorie en suspension de contrat de travail, cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné si celui-ci souhaite conserver cette couverture, à condition qu'il règle directement à l'employeur, par prélèvement automatique sur son compte bancaire, la part de cotisations étant à sa charge, l'employeur maintenant la part patronale.

Pour le congé parental et sabbatique, cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné si celui-ci souhaite conserver cette couverture, à condition qu'il règle directement à l'organisme assureur par prélèvement automatique sur son compte bancaire, les cotisations qui seront intégralement à sa charge (part patronale et salariale).

Pour tous les autres cas de suspension du contrat de travail (congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc.), cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné et la suspension du financement patronal de cette couverture.

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 5 : La Portabilité des garanties de la couverture sociale Santé

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les anciens salariés dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'entreprise bénéficieront du maintien des garanties de la couverture sociale Santé en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 6 : durée de l'avenant et modalités de suivi

De même que l'avenant N° 1 du 19 décembre 2008 qu'il annule et remplace, le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il prendra effet au 01/01/2018.

La commission prévoyance du comité central d'entreprise aura vocation à assurer le suivi d'application du présent avenant.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu à l'article L 2222-5 du Code du Travail.

Il pourra également être dénoncé à tout moment par les parties signataires, conformément aux dispositions légales et en respectant un délai de préavis de trois mois. La dénonciation sera régie par les articles L 2261-9 et suivants du Code du Travail. Le préavis de dénonciation est fixé à 3 mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la Convention d'Assurance Collective.

La résiliation par l'Organisme Assureur du contrat emportera de plein droit caducité de l'accord par disparition de son objet.

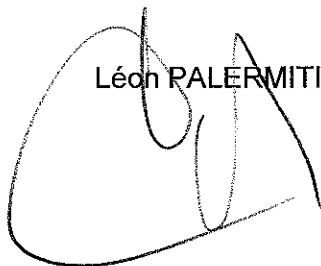
Article 7 : formalités

Le présent avenant, dont un exemplaire original est remis à chacune des parties signataires, sera déposé à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi du Haut Rhin et au secrétariat greffe du Conseil Prud'hommes de Mulhouse conformément à l'article L 2231-6 du Code du Travail.

Fait à Mulhouse, le 28 septembre 2016

Pour CLEMESSY S.A

Léon PALERMITI



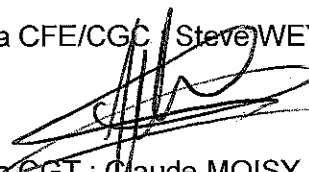
Pour les Organisations Syndicales,

Pour l'UNSA : Dolores VENTOROSI



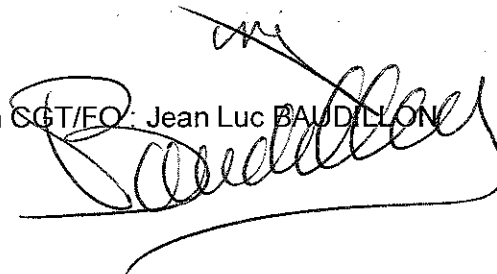
Pour la CFTD : Frédéric DUVAL

Pour la CFE/CGC : Steve WEYH



Pour la CGT : Claude MOISY

Pour la SGT/FO : Jean Luc BAUDILLON



Annexe : notice couverture SANTE CLEMESSY

Nature des risques	Garanties CLEMESSY SA à compter du 01/01/2018
HOSPITALISATION	Y compris maternité
Frais de séjour	Frais réels -RSS
Chambre particulière	Frais réels
Honoraires CAS	Frais réels-RSS
Honoraires hors CAS	200% de la BR-RSS
Forfait hospitalier	Frais réels
Ticket modérateur forfaitaire de 18 €	Frais réels
Frais d'accompagnement	Frais réels (enfants de – de 16 ans)
SOINS COURANTS	
Pharmacie reconnue	Ticket modérateur
Analyses, soins infirmiers	150% de la BR-RSS
Auxiliaires médicaux	150% de la BR-RSS
Frais de transports	150% de la BR-RSS
Consultations, visites de généralistes et spécialistes CAS	300% de la BR -RSS
Consultations, visites de généralistes et spécialistes hors CAS	200% de la BR-RSS
Actes de spécialiste, Petite chirurgie CAS	300% de la BR -RSS
Actes de spécialistes, Petite chirurgie hors CAS	200% de la BR-RSS
Radios	150% de la BR -RSS
Radios hors CAS	130% de la BR -RSS
MEDECINE DOUCE	
Etiopathe, Ostéopathe et chiropracteur	25 € par séance maximum 4 séances par an et bénéficiaire
DENTAIRE	
Soins dentaires reconnus	100% de la BR
Orthodontie reconnue	450% de la BR -RSS
Prothèses dentaires reconnues	Visibles, y compris prothèses sur implants : 500 % de la BR -RSS Non Visibles, y compris prothèses sur implants : 450 % de la BR -RSS
Autres actes dentaires*	325 % de la BR avec un maximum égal à 15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Implants (hors piliers et prothèses)	Forfait de 600 € par implant Limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
OPTIQUE	UNE PAIRE DE LUNETTE PAR AN ET BENEFCIAIRE POUR LES – DE 18 ANS, UNE PAIRE DE LUNETTE TOUS LES 2 ANS PAR BENEFCIAIRE POUR LES + DE 18 ANS, RAMENE A UNE PAIRE PAR AN SI EVOLUTION DE LA CORRECTION VISUELLE
Monture adulte	150 €
Verres adultes reconnus	Adulte : 2000 % de la BR dans la limite de : 320 € pour 2 verres simples 460 € pour 1 verre simple et 1 verre complexe 510 € pour 1 verre simple et 1 verre très complexe 600 € pour 2 verres complexes 650 € pour 1 verre complexe et 1 verre très complexe 700 € pour 2 verres très complexes
Monture + verres reconnus enfant	150 € pour la monture 1200 % de la BR dans la limite de : 320 € pour 2 verres simples 460 € pour 1 verre simple et 1 verre complexe 510 € pour 1 verre simple et 1 verre très complexe 600 € pour 2 verres complexes 650 € pour 1 verre complexe et 1 verre très complexe 700 € pour 2 verres très complexes
Lentilles reconnues	Forfait de 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles non reconnues (y compris jetables)	Forfait de 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Opération de la myopie	Forfait de 228,67 € par œil
PROTHESES NON DENTAIRES	
Prothèses auditives	400 % de la BR -RSS

MD
80
BSC
16

Nature des risques	Garanties
CURES THERMALES reconnues par la SS Honoraires et soins de cure	150 % de la BR -RSS
Forfait d'hébergement	20 % du PMSS
MATERNITE	Prise en charge des frais comme pour l'hospitalisation
ALLOCATIONS D'OBSEQUES	Participation aux frais d'obsèques dans la limite d'un plafond mensuel de la Sécurité Sociale
ACTES DE PREVENTION	<p>TM POUR : Scellement prophylactique des puits et fissures, Détartrage complet sus et sous gingival, Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, Dépistage hépatite B, Dépistage des troubles de l'audition chez les + de 50 ans, Ostéodensitométrie, Vaccinations (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B, BCG, Rubéole, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques)</p> <p>SEVRAGE TABAGIQUE Traitements nicotiques de substitution (TNS) inscrits dans la liste des substituts remboursables par l'assurance maladie, Buproprion LP (Zyban®), sous condition d'une prescription médicale : Prise en charge du régime complémentaire : 50% des frais réels dans la limite de 75 € par an et par personne</p> <p>AMNIOCENTESE non remboursée par la Sécurité Sociale Il n'est remboursé par la sécurité sociale que sous certaines conditions : Prise en charge du régime complémentaire : Forfait de 150 € dans la limite des frais engagés</p> <p>OSTEODENSITOMETRIE non reconnue par la sécurité sociale Prise en charge du régime complémentaire : Forfait de 40 € par an et par personne</p>
TARIF	98,72 € par mois

***Actes dentaires non remboursés** : Les soins pris en charge par l'institution sont, uniquement, les frais concernant le rebasage, les couronnes provisoires, les bridges provisoires, les appareils provisoires et les prothèses provisoires sur implant. Tous les autres actes hors nomenclature ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'institution. La prise en charge est faite sur la base des prestations prévues en retenant pour la valorisation des actes dentaires la cotation interne suivante :

	La prise en charge des "actes dentaires non remboursés" est faite en tenant compte de la cotation interne suivante : (UD = Unité Dentaire)
Couronne sur dent vivante refusée par la Sécurité Sociale	50 UD
Rebasage	12 UD
Bridges provisoires	3 dents 30 UD + 10 UD par dent supplémentaire
Couronnes provisoires et appareils provisoires (y compris couronne provisoire sur implant)	1 à 3 dents 25 UD + 5 UD par dent supplémentaire
Appareil provisoire	1 à 3 dents 25 UD par appareil 5 UD par dent supplémentaire
Bridge sur implant	1 à 3 dents 50 UD par bridge 5 UD par dent supplémentaire
Tous les autres actes « Non pris en charges » ne sont pas pris en charge par l'Institution	

PMSS = Plafond mensuel de la SS
BR= Base de Remboursement de la SS
TM = Ticket Modérateur réel ou reconstitué (hors parcours de soins)
RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale

GR SW
IP BSL W