

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

Société GBS Services

Entre les soussignés :

La société GBS Services, ci-après dénommée « la société », ayant son siège au 257 avenue Georges Clémenceau, 92000 NANTERRE, représentée par Monsieur Jean-Loup ROCH, agissant en qualité de DRH, dûment habilité aux fins des présentes,

d'une part,

et,

La délégation syndicale CFDT, représentée par Madame Jasone MORAN BESSIERE,

La délégation syndicale CFE – CGC, représentée par Monsieur Frédéric POISSON,

La délégation syndicale CFTC, représentée par Monsieur Franck VIDEAU,

La délégation syndicale CGT, représentée par Monsieur Laurent MOUTON,

d'autre part,

Il a été conclu le présent accord.

Préambule

La société GBS Services est issue, au 1er janvier 2017, du rapprochement des fonctions supports des sociétés ENGIE Axima, ENGIE EES, ENGIE Ineo et ENDEL Engie au sein d'une même société juridique.

Le présent accord est conclu dans le cadre de l'harmonisation sociale de la société GBS Services afin de définir et mettre en place un régime complémentaire de remboursement de « frais de santé ». Cet accord fait suite à la rédaction d'un cahier des charges et à un appel d'offres lancé auprès de plusieurs assureurs. Les objectifs étaient les suivants :

- harmoniser le statut des salariés de la société en matière de garanties collectives « frais de santé » ;
- assurer une mutualisation du risque à travers une convention d'assurance collective unique ;
- rechercher le meilleur rapport garantie/coût, tout en assurant l'équilibre du régime à long terme.

Les stipulations du présent accord se substituent de plein droit, à sa date d'entrée en vigueur, à tout autre accord collectif traitant des mêmes sujets au sein de la société.

En conséquence, il a été convenu ce qui suit :

FP
JL
FV

ARTICLE 1

OBJET

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

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la sécurité sociale, les organisations syndicales représentatives devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur ainsi que celui de l'intermédiaire, la société Siaci Saint-Honoré. 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

SALARIES BENEFICIAIRES

ARTICLE 2.1.

GENERALITES

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés de la société liés par un contrat de travail.

ARTICLE 2.2.

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

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

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 cotisation.

Pour ce faire, la société se rapprochera du salarié concerné et précisera les modalités nécessaires pour assurer le maintien.

ARTICLE 3

CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION

L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires mentionnés à l'article 2.1 du présent accord, ainsi que leurs ayants droit, tels que définis dans le contrat d'assurance. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

RP
FD

ARTICLE 4

PRESTATIONS

Les prestations sont composées d'un régime obligatoire, dénommé régime de base, et un régime surcomplémentaire, facultatif, à la charge du seul salarié.

Les prestations décrites dans les documents annexés au présent accord ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les prestations des deux régimes figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

ARTICLE 5

COTISATIONS

ARTICLE 5.1.

TAUX, REPARTITION, ASSIETTE DES COTISATIONS

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance remboursement de « frais de santé », régime de base, est fixée dans les conditions suivantes :

	Cotisation globale	Part patronale	Part salariale
Isolé	2,19%	1,31%	0,88%
Famille	5,40%	3,24%	2,16%

Les cotisations sont plafonnées à la tranche A du salaire.

Les salariés doivent obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Toutefois, malgré l'existence d'ayants droit, les salariés ont la faculté de cotiser en « isolé », sous réserve de respecter les conditions prévues par le Code de la sécurité sociale. Dans cette hypothèse, le salarié devra le justifier par écrit, chaque année, en produisant tous documents utiles (En l'espèce, le justificatif de la couverture famille obligatoire du conjoint).

En complément du régime de base, un régime surcomplémentaire facultatif est proposé au salarié dans les conditions suivantes :

	Cotisation globale	Part patronale	Part salariale
Isolé	0,34%	Néant	0,34%
Famille	0,48%	Néant	0,48%

Les cotisations sont appelées sur le plafond mensuel de la Sécurité Sociale (3 321€ pour 2018).

AP
R AV

ARTICLE 5.2.

EVOLUTION ULTERIEURE DE LA COTISATION

Une augmentation de cotisations ferait l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

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

Toute diminution ultérieure de la cotisation serait répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre la société et les salariés.

ARTICLE 6

PORTABILITE DU REGIME DE REMBOURSEMENT DE « FRAIS DE SANTE »

Le régime de remboursement « de frais de santé » applicable dans l'entreprise est maintenu, dans les conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 7

INFORMATION**ARTICLE 7.1**

INFORMATION INDIVIDUELLE

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié concerné et à tout nouvel embauché bénéficiaire du régime une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant les principales dispositions du contrat d'assurance. Il en sera de même à chaque modification ultérieure de ce contrat.

ARTICLE 7.2

INFORMATION COLLECTIVE

Conformément à l'article R.2323-1-13 du Code du travail, le Comité d'Entreprise sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de « frais de santé ».

ARTICLE 8

COMMISSION DE SUIVI

Une commission de suivi sera mise en place et se réunira, a minima, une fois par an.

JZ P AV

ARTICLE 9

DUREE – REVISION – DENONCIATION

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

Il pourra faire l'objet de révisions, conformément aux règles légales et réglementaires.

Il pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires dans les conditions prévues à l'article L.2261-9 du Code du Travail, sous réserve d'un préavis de six mois. Cette dénonciation sera alors adressée à chaque partie signataire et notifiée à la DIRECCTE.

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 10

DEPOT ET PUBLICITE

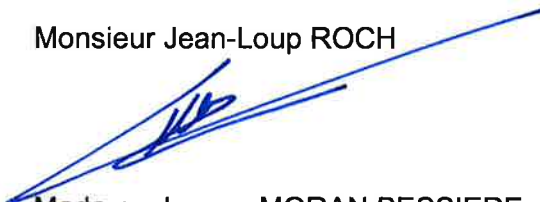
Le présent accord sera déposé, à l'initiative de la Direction, en deux exemplaires à la DIRECCTE, dont une version sur support papier signée des parties adressée par lettre recommandée avec accusé de réception et une version sur support électronique.

En outre, un exemplaire sera également adressé au secrétariat-greffe du Conseil des Prud'hommes.

Fait en 8 exemplaires à La Défense, le 21 novembre 2017.

Pour la Société GBS SERVICES

Monsieur Jean-Loup ROCH



Pour la Délégation Syndicale CFDT

Madame Jasone MORAN BESSIERE

Pour la Délégation Syndicale CFE-CGC

Monsieur Frédéric POISSON



Pour la Délégation Syndicale CFTC

Monsieur Franck VIDEAU



Pour la Délégation Syndicale CGT

Monsieur Laurent MOUTON

ANNEXE – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ BASE ET SURCOMPLEMENTAIRE

NATURE DES PRESTATIONS	ENSEMBLE DU PERSONNEL BASE OBLIGATOIRE RESPONSABLE <small>(en complément des prestations de la Sécurité sociale)</small>	ENSEMBLE DU PERSONNEL SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIVE RESPONSABLE <small>(en complément des prestations du régime de Base et de la Sécurité sociale)</small>
SOINS MEDICAUX COURANTS		
Médecin généraliste OPTAM	70 % BR + TM	30 % BR
Médecin généraliste HORS OPTAM	50 % BR + TM	30 % BR
Médecin spécialiste OPTAM	130 % BR + TM	
Médecin spécialiste HORS OPTAM	100 % BR + TM	
Médecin spécialiste "professeur" OPTAM	130 % BR + TM	
Médecin spécialiste "professeur" HORS OPTAM	100 % BR + TM	
Honoraires Médicaux particuliers hors hospitalisation (ADC, ATM, ADE) OPTAM / OPTAM-CO	300 % BR + TM	
Honoraires Médicaux particuliers hors hospitalisation (ADC, ATM, ADE) HORS OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR + TM	
Radiologie (ADI) OPTAM	120 % BR + TM	
Radiologie (ADI) HORS OPTAM	100 % BR + TM	
Analyses acceptées	110 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Transport hors hospitalisation ou cure thermale (sur prescription)	100 % BR	
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Frais de séjour Conventonnés	100 % FR limité à 400% BR	Y compris maternité
Frais de séjour Non Conventonnés	100 % FR limité à 400% BR	
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Conventonnés : - Praticien OPTAM / OPTAM-CO	300 % BR + TM	
- Praticien HORS OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR + TM	
- Autres actes en secteur hospitalier	100 % TM	
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA) Non Conventonnés HORS OPTAM	100 % BR + TM	
Transport pris en charge par la Sécurité sociale Conventonné et Non Conventonné	100 % BR	
Transport non pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	
Forfait hospitalier (dans la limite du forfait en vigueur)	100 % BR	
Chambre particulière (par jour) Hors chirurgie (Actes codés ACO et ADC)	2 % PMSS	
Chambre particulière (par jour) pour les actes de chirurgie codés ACO et ADC	100 % FR	
Frais d'accompagnement (par jour)	1,5 % PMSS	
PHARMACIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	
Pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale (mais prescrits médicalement)	3 % PMSS	
DENTAIRE		
Soins dentaire Conventonnés ou Non Conventonnés	100 % BR	
Trélay - Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	250 % BR	50 % BR
Trélay - Onlay Core pris en charge par la Sécurité sociale	250 % BR	50 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	275 % BR	75 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	275 % BR	75 % BR
Autre prothèse prise en charge par la Sécurité sociale	250 % BR	50 % BR
Pilier de bridge sur dent saine	250 €	50 €
Prothèse sur implant prise en charge par la Sécurité sociale	275 % BR	25 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	250 % BR	50 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	250 % BR	100 % BR
Implant non pris en charge par la Sécurité sociale (pose + pilier + couronne sur implant) limité à 3 par an	20 % PMSS / an / bénéficiaire	
Parodontologie prise en charge (Uniquement Curage, Surface radiculaire et gingivectomie)	250 % BR	
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale - Forfait annuel	120 €	
OPTIQUE		
	Limitation à une monture tous les 2 ans pour les plus de 18 ans et à une monture par an pour les moins de 18 ans	Limitation à une monture tous les 2 ans pour les plus de 18 ans et à une monture par an pour les moins de 18 ans
Monture Adultes (18 ans et plus)	3,52 % PMSS dans la limite de 150€	0,48 % PMSS dans la limite de 150€
Monture Enfants (moins de 18 ans)	3,21 % PMSS dans la limite de 150€	0,29 % PMSS dans la limite de 150€
Verres simples pour adulte		
Verres simples pour enfant		
Verres progressifs ou multifocaux par bénéficiaire, quelque soit la correction	VOIR GRILLE OPTIQUE	VOIR GRILLE OPTIQUE
Verres complexes / hypercomplexes pour adulte ou pour enfant		
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	4 % PMSS / an / bénéficiaire	4 % PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	4 % PMSS / an / bénéficiaire	4 % PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie laser	15 % PMSS / an / bénéficiaire	
AUTRES PROTHESES		
Prothèses médicales, Orthopédie, Petit Appareillage	200 % BR	
Prothèses auditives	400 % BR	
CURE THERMALE		
Prise en charge par la Sécurité sociale	5 % PMSS / an / bénéficiaire	
MEDECINES ALTERNATIVES ET ACTES DE PREVENTION		
Ostéopathie, Chiropraxie, Etiopathie, Acupuncture, Nutritionniste ou Diététicien par an et par bénéficiaire	35 € par séance (4 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues)	
Consultation Psychologues	40 € par séance (3 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues)	
Bilan de Psychomotricité par an et par bénéficiaire	60 €	
Prévention dentaire (verniss fluorés pour les enfants de 6 à 14 ans et test salivaire) par an et par bénéficiaire	35 € par an et par bénéficiaire	
Test Salivaire	30 € par an et par bénéficiaire	
MATERNITE / ADOPTION		
Chambre particulière	2 % PMSS	
FORFAIT PARENTALITE ET ACCOUCHEMENT		
Forfait parentalité (Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 7 ans)	8 % PMSS	
Forfait accouchement (Ajout au forfait parentalité)	2,6 % PASS	

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement Sécurité sociale - BRR : Base de Remboursement Sécurité sociale reconstruite - PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale (au 1er janvier 2018 : 30 862 €) - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (au 1er janvier 2018 : 3 321 €) - TM : Ticket Modérateur - Base de Remboursement (BR) : Tarif négocié entre la Sécurité sociale et le Corps Médical. Les praticiens ou établissements s'engagent à le respecter. Cependant, ce tarif peut être dépassé (praticiens avec dépassements autorisés ou à honoraires libres) et sera, dans ce cas, limité à la base de remboursement de la Sécurité sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement sera celle du tarif d'autorité. OPTAM / OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée / Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie-Obstétrique (Anciennement Contrat d'accès aux soins). L'OPTAM / OPTAM-CO a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire. Ainsi, une consultation, dans le cadre du parcours de soins, chez un médecin adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO, sera mieux remboursée par rapport à une consultation auprès d'un médecin non-adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO. Rendez-vous sur <http://annuaire.santé.ameli.fr> pour trouver les professionnels de santé adhérents. Au-delà de la garantie couronnes sur implant prévu au contrat, une garantie complémentaire est versée au titre du panier de soins prévu par le contrat responsable : 55% BR- Au-delà des plafonds de garanties liés au contrat, une garantie complémentaire est versée au titre du panier de soins prévu dans le cadre par le contrat responsable pour les soins remboursés par la Sécurité sociale : 100 % TM

W

R

PP

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ GRILLE OPTIQUE



**Garanties Optiques GBS
PACK PREMIUM**

Classe visuelle**	Garantie verre dans le réseau*	Garantie par verre hors réseau en complément du remboursement SS (60% BR)
ADULTES		
Verre unifocal ou mi-distance		
VERRE SIMPLE	Verres et Tous traitements <i>100 % des frais réels sauf teinte et photochromique Dans la limite du contrat responsable*</i>	70 €
VERRE SIMPLE		100 €
VERRE COMPLEXE		130 €
VERRE COMPLEXE		220 €
Verre multifocal		
VERRE COMPLEXE	Verres et Tous traitements <i>100 % des frais réels sauf teinte et photochromique Dans la limite du contrat responsable*</i>	170 €
VERRE COMPLEXE		220 €
VERRE COMPLEXE		260 €
VERRE TRES COMPLEXE		300 €

ENFANTS		
Verre unifocal		
VERRE SIMPLE	Verres et Tous traitements <i>100 % des frais réels sauf teinte, photochromique Dans la limite du contrat responsable*</i>	60 €
VERRE SIMPLE		90 €
VERRE COMPLEXE		110 €
VERRE COMPLEXE***		200 €

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles (cf détails au dos)

** Voir découpage des classes de défaut visuel ci-après
*** y compris multifocal enfant

LIMITE DE CONSOMMATION :

1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (ramené à 1 an en cas de changement de défaut de vision) et 1 équipement par an pour les enfants

A

DZ FP

