

**AVENANT A L'ACCORD D'ENTREPRISES PORTANT ADAPTATION DES
SYSTEMES DE GARANTIES COLLECTIVES REMBOURSEMENT FRAIS DE
SANTE DU 1^{ER} JUILLET 1998**

ENTRE LES SOUSSIGNES : AUCHAN SA, AUCHANHYPER SAS, AUCHAN France SA, IMMOCHAN SAS, IMMOCHAN France SAS, GIE AUCHAN INTERNATIONAL TECHNOLOGY, SNC ORGANISATION INTRAGROUPE DES ACHATS, AUCHAN CARBURANT SAS, CITANIA SAS, SODEC SAS,

Ci-après dénommée « *L'Entreprise* »,

Représentée par Monsieur Jean-André LAFFITTE, Directeur des Ressources Humaines,

D'UNE PART,

ET

Les Organisations syndicales signataires,

D'AUTRE PART.

PREAMBULE :

Depuis l'entrée en vigueur du système de garanties collectives de remboursement de frais de santé collectif et obligatoire au sein de l'entreprise, plusieurs modifications législatives (loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) et réglementaires (notamment décret n°2014-786 du 8 juillet 2014, décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014) sont intervenues, imposant de revoir à court-terme certaines modalités du régime, notamment en termes de minima et de maxima de garanties (Panier de Soins ANI et Contrats responsables).

Par ailleurs, les textes portant sur la généralisation de la couverture Santé, en particulier le décret du 8 juillet 2014, abrogent toute condition d'ancienneté à l'adhésion pour les garanties de base obligatoires.

VG GC
SB R
1
M
SA

De ce fait, la clause d'ancienneté de 6 mois existant actuellement doit être supprimée, dès le 1er janvier 2016, sur le régime obligatoire PREMIA. Pour des raisons de pérennité technique du dispositif, cette condition d'ancienneté doit être maintenue sur les options facultatives.

Dans le même temps, compte tenu des résultats déficitaires observés sur le régime, une réflexion a été menée afin de retrouver l'équilibre technique nécessaire à la pérennité du dispositif, tout en maintenant une couverture complémentaire santé de qualité pour tous et en offrant un choix de couverture adapté à chacun, dans le respect de la réglementation applicable.

En application des dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, il a donc été décidé de ce qui suit, étant entendu que l'ensemble des autres dispositions de l'accord du 1^{er} juillet 1998 et de ses avenants subséquents demeurent inchangées.

ARTICLE 1 - ADHESION

L'article 1 de l'avenant du 19 mars 2007 relatif à l'adhésion est supprimé et remplacé comme suit :

L'accord du 1^{er} juillet 1998 et ses avenants relatifs à la mise en place d'un régime de garanties collectives de remboursement en matière de frais de santé, bénéficient à l'ensemble des salariés de l'Entreprise, sans condition d'ancienneté.

L'adhésion au régime de garanties collectives présente un caractère obligatoire. A ce titre, l'Entreprise a souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties du régime PREMIA ci-après définies à l'article 3 du présent avenant.

Les salariés présents aux effectifs de l'Entreprise n'ayant pas atteint 6 mois d'ancienneté au 31 décembre 2015, devront obligatoirement adhérer au régime obligatoire « PREMIA » au plus tard à effet du 1er janvier 2016.

A compter du 1er janvier 2016, les nouveaux embauchés devront obligatoirement adhérer au régime obligatoire « PREMIA » à leur date d'entrée dans l'entreprise.

S'agissant de l'adhésion aux options facultatives AVANTAGE, CONFORT et CONFORT PLUS, une condition d'ancienneté dans l'Entreprise d'une durée de 6 mois est requise. A ce titre, pour la détermination de cette ancienneté, les périodes d'emploi successives se cumulent pour autant que l'interruption entre deux contrats soit inférieure à deux mois.

La possibilité d'adhésion à une option facultative intervient au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date à partir de laquelle l'ancienneté a été atteinte.

VG
JP
GC
2
m
B

Conformément aux dispositions de l'article R 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, les salariés suivants peuvent être dispensés d'adhérer au régime obligatoire PREMIA :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).
Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Salariés couverts à titre obligatoire, lors de la mise en place du présent régime, par le régime de leur conjoint. Ces salariés devront justifier de leur situation annuellement auprès de leur direction. Ils seront tenus de cotiser au régime mis en place au sein de l'Entreprise lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation. Cette dispense d'affiliation ne s'applique pas aux salariés embauchés postérieurement à la mise en place du régime.
- Salariés qui bénéficient de la couverture de remboursement de frais de santé obligatoire institué au sein de l'Entreprise en qualité d'ayant droit d'un autre salarié de l'Entreprise, dès lors qu'ils justifient de leur situation annuellement auprès de la Direction.

En outre, le conjoint et les enfants d'un salarié de l'Entreprise qui sont couverts, par ailleurs, par un régime obligatoire de remboursement de frais de santé peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime. Le salarié devra fournir, chaque année, une preuve de cette situation. Cette dispense d'affiliation cessera de plein droit lorsque le salarié cessera d'en justifier.

Enfin, le conjoint fonctionnaire ou agent public de l'Etat d'un salarié, couvert par un dispositif facultatif garantissant à la fois des prestations santé (maladie, maternité ou accident), incapacité, invalidité, décès, sans qu'il puisse opter pour l'une ou l'autre de ces prestations, peut également être exonéré d'une adhésion au présent régime.

VG 6c

SP

3

m

31

ARTICLE 2 – MODIFICATION DES COTISATIONS

Les cotisations du régime obligatoire de frais de sante « PREMIA » sont fixées comme suit au 1^{er} janvier 2016 :

Ensemble du personnel	Part salariale	Part patronale	Total
SOLO	31,98 % (soit 10,67 €)	68,02 % (soit 22,70 €)	33,37 €
DUO	31,98 % (soit 11,53 €)	68,02 % (soit 24,53 €)	36,06 €
FAMILLE	31,98 % (soit 12,63 €)	68,02 % (soit 26,85 €)	39,48 €

En outre, l'entreprise prend financièrement en charge cinq euros de la part salariale.

Le montant des cotisations mensuelles indiqué ci-dessus (part salariale, part patronale et total), à l'exception de la prise en charge forfaitaire de cinq euros, pourrait éventuellement évoluer selon les conditions inscrites au paragraphe 3.1.3 de l'avenant du 19 mars 2007.

Les cotisations des options facultatives figurent en annexe 2.

L'ensemble des autres dispositions de l'accord du en vigueur 1^{er} juillet 1998 et de ses avenants subséquents demeurent inchangées.

GL VG

SP

an sy

ARTICLE 3 – MODIFICATION DES GARANTIES

Les nouvelles garanties du régime obligatoire PREMIA deviendront les suivantes à effet du 1^{er} janvier 2016 :

Régime obligatoire PREMIA
sans condition d'ancienneté

Remboursements y compris les prestations de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION (sauf maternité)	
Secteur conventionné :	
☞ Hospitalisation médicale, frais de séjour	100% FR
☞ Hospitalisation chirurgicale, frais de séjour	100% FR
☞ Dépassement d'honoraires	150% BR
☞ Forfait journalier	130% BR (hors CAS)
☞ Chambre particulière	100% FR
☞ Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé	2% PMSS / jour
	1% PMSS / jour
Secteur non conventionné :	
☞ Hospitalisation médicale, frais de séjour	100% TM + 90% FR limité à 150% BR (hors CAS 130% BR)
☞ Hospitalisation chirurgicale, frais de séjour	
☞ Chambre particulière	2% PMSS / jour
PHARMACIE	
	100% BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
☞ Consultations, visites de généralistes	110% BR et 85% FR de 110% à 145% BR (dans le cadre du CAS) 100% BR (hors CAS)
☞ Consultations, visites de spécialistes, actes techniques (ATM)	120% BR et 85% FR de 120% à 145% BR (dans le cadre du CAS) 100% BR (hors CAS)
☞ Radiologie (Z)	120% BR (CAS) 100% BR (hors CAS)
☞ Auxiliaires médicaux (AM), analyses (B)	120% BR
MEDECINES DOUCES (praticiens diplômés)	
☞ Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, étiopathie	15 € par séance dans la limite de 4 séances/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble du poste
ACTES DENTAIRES	
☞ Soins dentaires	100% BR
☞ Inlay/onlay	120% BR
☞ Prothèses dentaires, inlay core avec remboursement Sécurité Sociale (1) <i>Dents visibles : 11-12-13-14-21-22-23-24-31-32-33-34-41-42-43-44</i> <i>Dents invisibles : 15-16-17-18-25-26-27-28-35-36-37-38-45-46-47-48</i>	240% BR
☞ Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	250% BR
☞ Implants dentaires	100 €/an/bénéficiaire Prestation englobant les 3 phases (pose de l'implant, pilier et prothèse dentaire sur pilier)
☞ Parodontie refusée	Néant
AUTRES PROTHESES - ORTHOPEDIE	
☞ Prothèses Auditives	120% BR
OPTIQUE	
<i>La prise en charge est limitée à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (sur prescription médicale) où un équipement peut être remboursé tous les ans.</i>	
☞ Verres & Monture	
☞ . Adulte	Monture et Verres unifocaux : 127 € Monture et Verres mixtes : 150 € Monture et Verres progressifs : 200 €
☞ . Enfant	
☞ Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	4% PMSS (3) (4)
☞ Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	4% PMSS (4)
☞ Chirurgie réfractive	100 €/ œil / bénéficiaire
FRAIS DE TRANSPORT (acceptés par la Sécurité Sociale)	
	120% BR
MATERNITE / ADOPTION (forfait par enfant)	
	100% TM + Forfait : 230 €
CURES THERMALES (acceptées par la Sécurité Sociale)	
	100% TM + Forfait : 155 € (3)

(1) Les actes hors nomenclature ne sont jamais remboursés ni par la Sécurité Sociale, ni par les régimes ci-dessus (exemples : implant dentaire, couronne entièrement céramique...); en revanche les piliers et couronnes sur dents saines, bien que non pris en charge par la Sécurité Sociale, sont remboursés par le régime complémentaire sous déduction du remboursement tel que l'aurait calculé la Sécurité Sociale.

(2) En tout état de cause, les garanties exprimées ne pourront être inférieures au minimum et au maximum définis dans le cadre du Panier de Soins et du Contrat Responsable

(3) Le versement de la prestation s'ajoute aux remboursements effectués par la Sécurité Sociale.

(4) Lentilles : 1 versement par an et par personne (y compris les lentilles jetables).

VG 5
hr
SP
5)

Les garanties des options facultatives figurent en annexe 1.

L'ensemble du système de garanties collectives, tant le régime de base obligatoire que les options facultatives, respecte les dispositions des décrets n°2014-786 du 8 juillet 2014, décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Les prestations annexées au présent accord ne sauraient constituer un engagement pour « l'Entreprise » qui n'est tenue, à l'égard de leurs salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, les prestations, figurant en annexe, relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

ARTICLE 4 – DUREE – DATE D'EFFET – REVISION ET DENONCIATION

- Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016.
- Le présent accord pourra être révisé à tout moment, conformément aux dispositions des articles L.2222-5 et L.2261-7 et suivants du Code du Travail, sur demande de l'un des signataires ou de tout adhérent à l'accord. L'entreprise engagera alors des négociations et seul un accord conclu entre l'Entreprise et une ou plusieurs des organisations syndicales signataires du présent accord, ou qui y auront adhéré, emportera révision du présent accord, conformément aux dispositions légales applicables.
- La dénonciation sera régie par les articles L.2222-6 et L.2261-9 et suivants du Code du Travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois 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 du présent avenant par disparition de son objet.

ARTICLE 5 – DEPOT ET PUBLICITE

Conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et 8, D. 2231-2 et D. 2231-2 à 8 du Code du Travail, le présente avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi du Nord – Pas-de-Calais et en un exemplaire au secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes de Lannoy.

VG
SP
6
GL
D

2
39

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

Fait à Villeneuve d'Ascq,

Le 17... décembre..... 2015.

Pour la Direction de l'Entreprise

GROUPE AUCHAN SA,
AUCHANHYPER SAS,
AUCHAN France SA,
IMMOCHAN SAS,
IMMOCHAN France SAS,
GIE AUCHAN International Technology,
SNC Organisation Intra-groupe des Achats,
AUCHAN CARBURANT SAS,
CITANIA SAS,
SODEC SAS.

Monsieur Jean-André LAFFITTE
en qualité de
Directeur des Ressources Humaines

Lu et approuvé


Pour le Personnel

Les Organisations syndicales signataires

Monsieur Guy LAPLATINE (CFDT)

Lu et approuvé

Monsieur Bruno DELAYE (CFTC)

"Lu et approuvé"

Monsieur Gérard VILLEROY (CGT)

Lu et approuvé

Monsieur Pascal SAEYVOET (FGTA – FO)

"Lu et approuvé"

Monsieur Robert LAUER (SEGA – CFE – CGC)

R. LAUER

Lu et approuvé

ANNEXE 1 POUR INFORMATION

	Régime obligatoire PREMIA sans condition d'ancienneté		Options facultatives incluant les garanties du régime PREMIA pour les salariés ayant au moins 6 mois d'ancienneté		
	Premia		Avantage	Confort	Confort Plus
HOSPITALISATION (sauf maternité)					
Secteur conventionné :					
Hospitalisation médicale, frais de séjour	100% FR		100% FR	100% FR	100% FR
Hospitalisation chirurgicale, frais de séjour	100% FR		100% FR	100% FR	100% FR
Dépassement d'honoraires	150% BR		100% FR	100% FR	100% FR
	130% BR (hors CAS)		225% BR en 2016, puis 200% BR à partir de 2017 (hors CAS)		
Forfait journalier	100% FR		100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	2% PMSS / jour		100% FR	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé	1% PMSS / jour		1% PMSS / jour	1% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Secteur non conventionné :					
Hospitalisation médicale, frais de séjour	100% TM + 90% FR limité à 150% BR (hors CAS 130% BR)		100% TM + 90% FR limité à 200% BR (hors CAS 180% BR)	100% TM + 90% FR limité à 400% BR (hors CAS : 225% BR en 2016, puis 200% BR à partir de 2017) y compris chambre particulière	
Hospitalisation chirurgicale, frais de séjour					
Chambre particulière	2% PMSS / jour		2% PMSS / jour		
PHARMACIE					
	100% BR		100% BR	100% BR	100% BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS					
Consultations, visites de généralistes	110% BR et 85% FR de 110% à 145% BR (dans le cadre du CAS) 100% BR (hors CAS)		145% BR (dans le cadre du CAS)	220% BR (dans le cadre du CAS) 200% BR (hors CAS)	280% BR (dans le cadre du CAS) 225% BR en 2016, puis 200% BR à partir de 2017 (hors CAS)
Consultations, visites de spécialistes, actes techniques (ATM)	120% BR et 85% FR de 120% à 145% BR (dans le cadre du CAS) 100% BR (hors CAS)		125% BR (hors CAS)		
	120% BR (CAS)		145% BR (CAS)	220% BR (CAS)	280% BR (CAS)
Radiologie (Z)	100% BR (hors CAS)		125% BR (hors CAS)	200% BR (hors CAS)	225% BR en 2016, puis 200% BR à partir de 2017 (hors CAS)
Auxiliaires médicaux (AM), analyses (B)	120% BR		135% BR	210% BR	280% BR
MEDECINES DOUCES (praticiens diplômés)					
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, étiopathie	15 € par séance		20 € par séance dans la limite de 4 séances/ an/ bénéficiaire pour l'ensemble du poste	30 € par séance	60 € par séance
ACTES DENTAIRES					
Soins dentaires	100% BR		120% BR	220% BR	280% BR
Inlay/onlay	120% BR		120% BR	220% BR	280% BR
Prothèses dentaires, inlay core avec remboursement Sécurité Sociale (1)			Mobiles : 300% BR Fixes :	Mobiles : 350% BR Fixes :	
Dents visibles : 11-12-13-14-21-22-23-24-31-32-33-34-41-42-43-44	240% BR		dents visibles : 320% BR	dents visibles : 425% BR	525% BR
Dents invisibles : 15-16-17-18-25-26-27-28-35-36-37-38-45-46-47-48			dents invisibles : 270% BR	dents invisibles : 350% BR	
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	250% BR		300% BR	400% BR	525% BR
Implants dentaires	100 €/an/bénéficiaire		150 €/an/bénéficiaire	240 €/an/bénéficiaire	700 €/an/bénéficiaire
			Prestation englobant les 3 phases (pose de l'implant, pilier et prothèse dentaire sur pilier)		
Parodontie refusée	Néant		Néant	Néant	600 €/an/bénéficiaire
AUTRES PROTHESES - ORTHOPEDIE					
Prothèses Auditives	120% BR		140% BR	215% BR	800 € / an et / oreille
OPTIQUE					
<i>La prise en charge est limitée à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (sur prescription médicale) où un équipement peut être remboursé tous les ans.</i>					
Verres & Monture					
Adulte	Monture et Verres unifocaux : 127 € Monture et Verres mixtes : 150 € Monture et Verres progressifs : 200 €		1 800% BR (2)	2 100% BR (2)	Monture et Verres unifocaux : 4500% BR (2) 520% BR (2)
Enfant			380% BR (2)	420% BR (2)	
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	4% PMSS (3) (4)		200 € (3) (4)	250 € (3) (4)	300€ (3) (4)
Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	4% PMSS (4)		200 € (4)	250 € (4)	300 € (4)
Chirurgie réfractive	100 € / œil / bénéficiaire		270 € / œil / bénéficiaire	400 € / œil / bénéficiaire	800 € / œil / bénéficiaire
FRAIS DE TRANSPORT (acceptés par la Sécurité Sociale)					
MATERNITE / ADOPTION (forfait par enfant)	100% TM + Forfait : 230 €		100% TM + Forfait : 230 €	100% TM + Forfait : 305 €	100% TM + Forfait : 550 €
CURES THERMALES (acceptées par la Sécurité Sociale)	100% TM + Forfait : 155 € (3)		100% TM + Forfait : 155 € (3)	100% TM + Forfait : 230 € (3)	100% TM + Forfait : 550 € (3)

(1) Les actes hors nomenclature ne sont jamais remboursés ni par la Sécurité Sociale, ni par les régimes ci-dessus (exemples : implant dentaire, couronne entièrement céramique...); en revanche les piliers et couronnes sur dents saines, bien que non pris en charge par la Sécurité Sociale, sont remboursés par le régime complémentaire sous déduction du remboursement tel que l'aurait calculé la Sécurité Sociale.

(2) En tout état de cause, les garanties exprimées ne pourront être inférieures au minimum et au maximum définis dans le cadre du Panier de Soins et du Contrat Responsable.

(3) Le versement de la prestation s'ajoute aux remboursements effectués par la Sécurité Sociale.

(4) Lentilles : 1 versement par an et par personne (y compris les lentilles jetables).

CAS : le Contrat d'Accès aux Soins est un accord signé entre l'Assurance Maladie et les médecins principalement de secteur 2 (à honoraires libres). Dans ce contrat, les praticiens signataires du CAS s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas signé le CAS sont pris en charge dans les limites et conditions du Contrat Responsable. Les assurés peuvent se renseigner sur les tarifs de leurs médecins en consultant le site amel1-direct.fr. Les médecins signataires du CAS sont ceux pour qui la mention «Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins)» apparaît.

ANNEXE 2 POUR INFORMATION

Cotisations mensuelles totales des options facultatives au 1^{er} janvier 2016

Régime Général	Isolé	Duo	Famille
Avantage	56,00 €	87,73 €	99,70 €
Confort	91,30 €	113,98 €	135,30 €
Confort Plus	102,20 €	126,53 €	150,85 €

Régime Alsace Moselle	Isolé	Duo	Famille
Avantage	36,10 €	57,03 €	64,80 €
Confort	56,40 €	72,73 €	77,95 €
Confort Plus	62,50 €	81,03 €	86,70 €

62

VG

SP

ju

9

81