

AVENANT N° 10

A L'ACCORD SUR LES DISPOSITIONS SOCIALES APPLICABLES AUX SALARIES DU GROUPE THALES

PREAMBULE

Le présent avenant a pour objet d'adapter le régime frais de santé à adhésion obligatoire couvrant l'ensemble du personnel aux nouvelles obligations résultant des articles L911-7 (généralisation), L871-1 (Contrats responsables) ; R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les dispositions suivantes remplacent celles figurant dans l'accord du 26 novembre 2006 et des avenants traitant du même sujet.

Les dispositions relatives au régime frais de santé figurant au chapitre VII de l'accord, qui ne sont pas modifiées, ne figurent pas dans cet avenant et demeurent applicables

Les dispositions relatives au régime de prévoyance ne sont pas modifiées.

ARTICLE 22 : GARANTIES FRAIS DE SANTE

Les parties signataires ont convenu de l'opportunité d'assurer à tous les salariés une garantie complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Cette garantie est familiale et obligatoire pour tous les salariés.

ARTICLE 23 : DESCRIPTION DES GARANTIES

Les garanties s'inscrivent dans le respect des articles L911-7 (généralisation), L871-1 (Contrats responsables) ; R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Elles respectent les plafonds, plafonds, obligations et interdictions de prises en charge prévues par ces textes. Les parties au présent accord conviennent de l'adapter en cas d'évolution de ces dispositifs afin le mettre en conformité avec les exigences législatives conditionnant les aides fiscales et sociales afférentes aux garanties collectives et obligatoire « frais de santé ».

Les prestations versées à un salarié, pour lui-même ou pour sa famille, tant par le présent contrat que par la Sécurité sociale et par un ou plusieurs autres régimes de prévoyance, ne peuvent dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés. Les garanties sont décrites dans le tableau figurant en page 3 et 4.

Les prestations sont garanties par l'organisme assureur et relèvent de sa seule responsabilité. L'employeur n'est tenu, à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations.


VAD




VM

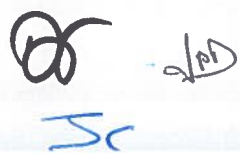
Ensemble du Personnel THALES

GARANTIES SANTE / Régime Général à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)

SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime Thales CAS	Régime Thales non CAS
Consultations et visites, généralistes	250% BR	200% BR
Consultations et visites, spécialistes	450% BR	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité -	100% FR	200% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie	100% FR	200% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100% FR	
Auxiliaires médicaux conventionnés	100% FR	
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95% FR (mini 100% BR)	
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS	450% BR	
Autre appareillage remboursé par la SS (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I, II et III...)	450% BR	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime Thales CAS	Régime Thales non CAS
Honoraires	100 % FR	200% BR
Frais de séjour	100 % FR	
Chambre particulière	3,5% PMSS/jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5% PMSS/jour	
Forfait hospitalier	100 % FR	
Séjour en maison de repos accepté par la Sécurité Sociale	100% FR	
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	
PHARMACIE	Régime Thales	
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR ou TFR	
TRANSPORT	Régime Thales	
Transport remboursé par la SS	100% FR	
FRAIS D'OPTIQUE	Régime Thales	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) Remboursement maximum pour la monture de 150€		
(a) Equipement avec 2 verres simples (3)	470 €	
(b) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre complexe (c) (3)	610 €	
(c) Equipement avec 2 verres complexes (3)	750 €	
(d) Equipement avec 1 verre simple (a) et un verre très complexe (f) (3)	660 €	
(e) Equipement avec 1 verre complexe (c) et un verre très complexe (f) (3)	800 €	
(f) Equipement avec 2 verres très complexes (3)	850 €	
Lentilles remboursées par la SS	100% BR + 12%PMSS/an/bénéficiaire	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	12% PMSS/an/bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50% FR limité à 20% du PMSS/œil plus en complément si restant à charge : 60% FR limité à 600€/œil	
FRAIS DENTAIRES	Régime Thales	
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470% BR	
Inlays-onlays remboursés par la SS	500% BR	
Prothèses dentaires remboursées par la SS :		
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550% BR	
- Inlay-Cores	370% BR	
- Couronnes sur implant	550 % BR	
- Prothèses dentaires amovibles	550% BR	
- Réparations sur prothèses	550% BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la SS :		
- Couronnes	18,6% du PMSS par acte	
- Bridges	48,9% du PMSS par acte	
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2% du PMSS par acte	
- Prothèses dentaires provisoires	2,4% du PMSS par acte	
Orthodontie remboursée par la SS	550% BR	
Orthodontie non remboursée par la SS -18 ans	550% BR reconstituée	
Orthodontie non remboursée par la SS +18 ans	50% FR limité à 250% BR reconstituée	
Parodontologie non remboursée par la SS	50% FR limité à 10% du PMSS/an/personne	
Implant	65% FR limité à 25% du PMSS/implant limité à 6/an/personne répartis comme suit :	
Pilier implantaire	Implant : 65% FR limité à 15% du PMSS/implant limité à 6/an/personne Pilier implantaire : 65% FR limité à 10% du PMSS/pilier limité à 6/an/personne	



JG

VM

AUTRES SOINS	Régime Thales
Cure thermique remboursée par la SS : honoraires et soins	12% PMSS/an/bénéficiaire
Analyses HN	50% FR limité à 4% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 60% FR limité 120€/an/bénéficiaire
Radiologie HN	50% FR limité à 4% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 70% FR limité à 70€/acte dans la limite de 300€/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la S.S.	50% FR limité à 4% du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue	50% FR limité à 7% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 60% FR limité à 45€/séance dans la limite de 450€/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue pour enfant	65% FR limité à 50€/séance dans la limite de 950€/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières	50% FR limité à 7% du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 70% FR limité à 50€/séance dans la limite de 400€/an/bénéficiaire
Etiopathie	17% PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	100% FR
Traitement anti-tabac remboursé par la SS	70% FR limité à 150€/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la SS	80% FR limité à 60€/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50% FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% FR

⁽¹⁾ En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

⁽²⁾ Les actes de prévention pris en charge sont :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et polionyélie : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

⁽³⁾ Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique **pour adulte** dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

- BR (ou BRSS) : Base de remboursement de la sécurité sociale
- CAS : Contrat d'accès aux soins
- FR : Frais réels
- MR : Montant de remboursement
- PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale
- SS : Sécurité Sociale
- TFR : Tarif forfaitaire de remboursement
- TM : ticket modérateur
- HN : Hors Nomenclature

ARTICLE 25 : COTISATIONS FRAIS DE SANTÉ A LA DATE D'EFFET DE L'AVENANT N°10 A L'ACCORD

Article 25.1 : TAUX ET RÉPARTITION DES COTISATIONS DES ACTIFS

A - RÉGIME DE BASE UNIQUE

Risque	Taux global	Participation Par catégorie
SOINS DE SANTÉ	3.52% TA 2.44% TB (maxi 4 PMSS)	<u>Salarié relevant de l'AGIRC :</u> 50% employeur 50% salarié <u>Salarié ne relevant pas de l'AGIRC :</u> 55% employeur 45% salarié

TA : Salaire de base dans la limite du PMSS

TB : partie du salaire au-delà du PMSS dans la limite de 4 fois le PMSS

La participation de l'employeur représente au minimum 50 % de la cotisation mensuelle.

B- TIERS PAYANT

L'ensemble du dispositif Tiers Payant demeure inchangé

C - ASSIETTE DE COTISATIONS POUR LE PERSONNEL NE TRAVAILLANT PAS À TEMPS PLEIN :

L'assiette des cotisations pour le personnel travaillant à temps partiel sera calculée sur le salaire réel.

ARTICLE 38 ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ACCORD

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Il est conclu pour une durée indéterminée.