

Décision unilatérale relative au régime complémentaire de « remboursement de frais de santé »

Après information du Comité Social et Economique en date du 28/12/2020, il a été décidé ce qui suit:

Article 1 : Objet

La présente décision relative au 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 THE MARKETINGROUP.

Article 2 : Salariés bénéficiaires

Article 2.1. : Généralités

Le présent régime concerne l'ensemble des salariés de la société non affiliés à l'AGIRC.

La direction de l'entreprise pourrait être amenée à revoir les catégories retenues dans la présente décision, en fonction de l'évolution des textes règlementaires applicables en matière de catégories objectives.

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, le salarié est tenu d'adresser, dans les 15 jours suivants la suspension de son contrat, son paiement par chèque à l'employeur avec la possibilité de convenir d'un échéancier de paiement.

Article 3 : Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires mentionnés à l'article 2 de la présente décision. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Cependant, ont la faculté de refuser d'adhérer au régime :

- les salariés embauchés antérieurement à la mise en place des garanties.
- les salariés qui, quelle que soit leur date d'embauche :
 - ✓ bénéficient 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.

Le bénéficiaire doit adresser sa demande écrite, expresse et accompagnée d'un justificatif au service RH de son site dans les 15 jours suivant son embauche. A défaut d'une telle demande, le salarié sera obligatoirement affilié au contrat « Frais de Santé » de l'entreprise, dès son second mois au sein de l'entreprise.

✓ sont couverts par une assurance individuelle « frais de santé » au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.

Le bénéficiaire doit adresser sa demande écrite, expresse et accompagnée d'un justificatif au service RH de son site dans les 15 jours suivant son embauche. A défaut d'une telle demande, le salarié sera obligatoirement affilié au contrat « Frais de Santé » de l'entreprise, dès son second mois au sein de l'entreprise.

✓ à condition de le justifier chaque année, bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

- dispositif de « remboursement de frais de santé » remplissant les conditions mentionnées aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRSNCF).

Le bénéficiaire doit adresser sa demande écrite, expresse et accompagnée d'un justificatif au service RH de son site dans les 15 jours suivant son embauche. A défaut d'une telle demande, le salarié sera obligatoirement affilié au contrat « Frais de Santé » de l'entreprise, dès son second mois au sein de l'entreprise.

En outre, et quelle que soit leur date d'embauche, les salariés suivants ont la faculté de refuser d'adhérer au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission 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 ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
- les 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.

Le bénéficiaire doit adresser sa demande écrite, expresse et accompagnée d'un justificatif au service RH de son site dans les 15 jours suivant son embauche. A défaut d'une telle demande, le salarié sera obligatoirement affilié au contrat « Frais de Santé » de l'entreprise, dès son second mois au sein de l'entreprise.

Dans tous les cas susvisés, le salarié fera parvenir sa demande, par écrit, accompagnée le cas échéant, du/des justificatif(s), au service RH de son site.

Ce courrier fera mention que le salarié a bien été informé par l'employeur des conséquences de son choix.

A défaut de respecter les prescriptions détaillées ci-dessus, le salarié, sera automatiquement affilié au régime frais de santé.

Par ailleurs, à leur initiative, les salariés peuvent se dispenser d'adhérer au régime s'ils respectent les conditions prévues aux articles L. 911-7, III alinéas 2 et 3, et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

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, auprès du service RH du site, et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

A défaut de respecter les prescriptions détaillées ci-dessus, le salarié sera automatiquement affilié au régime frais de santé.

Article 4 : Prestations

Les prestations décrites dans le document annexé à la présente décision 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 et au versement, a minima, des prestations imposées par le régime issu de la convention collective de branche professionnelle.

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

Afin de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux définis ci-dessus, l'ensemble des prestations servies respecte les exigences fixées par les articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale afin que les régimes complémentaires « frais de santé » soient considérés comme « responsables ».

ARTICLE 5 : Organisme assureur

La Société souscrira, pour garantir ces prestations, un contrat d'assurance collectif auprès d'un organisme habilité auquel les salariés définis à l'article 2 devront obligatoirement adhérer

Article 6 : Cotisations**Article 6.1. : Taux, répartition, assiette des cotisations**

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

	Cotisation globale	Part patronale	Part salariale
Isolé	67,10 €	50 %	50 %
Duo	85,80 €		
Famille	117,70 €		

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

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont définis au contrat d'assurance et dans la notice d'information.

Les salariés ont l'obligation d'informer la société de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale.

Toutefois :

- malgré l'existence d'ayants droit, les salariés ont la faculté de cotiser en « isolé », sous réserve de respecter les conditions prévues à l'article D. 911-3 du Code de la sécurité sociale. Dans cette hypothèse, le salarié devra le justifier par écrit, chaque année, auprès du service RH de son site en produisant tous documents utiles.
- lorsque les deux membres d'un couple sont bénéficiaires du présent régime, l'un d'entre eux seulement sera affilié en propre, en contrepartie d'une cotisation « famille ». L'autre membre du couple sera alors couvert en qualité d'ayants droit.

Article 6.2. : Evolution ultérieure de la cotisation

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre la société et les salariés. L'évolution de la cotisation ne constitue pas une modification du présent dispositif. Elle s'impose à l'entreprise et aux salariés.

Les cotisations correspondant à la participation des salariés feront l'objet d'une retenue directe sur leur salaire.

Article 7 : Portabilité du régime de remboursement de frais de santé

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 8 : Information**Article 8.1 : Information individuelle**

En sa qualité de souscripteur, la société remet 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 8.2 : Information collective

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

Article 9 : Durée – Révision – Dénonciation

L'engagement de l'entreprise prendra effet le 1er janvier 2021.

Il modifie, en se substituant, la décision unilatérale ayant formalisé le régime en date du 1er janvier 2019.

Il pourra à tout moment être modifié ou dénoncé, conformément à la procédure jurisprudentielle prévue pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l'employeur en vigueur à cette date.

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

Fait à Neuilly sur Seine, le 1^{er} Janvier 2021

Fabienne DEBEVER
DRH



Annexe : tableau de garanties Frais de santé

ANNEXE TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS (Régime de Base obligatoire responsable)	Dans la limite des Frais réellement engagés
	En complément des prestations Ss
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)	
Frais de séjour	30% BR
Forfait journalier hospitalier (y compris psychiatrie)	100% Frais réels
Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	160% BR
Honoraires avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR + TM
Chambre particulière : <i>limité à 30 jour / an - Maternité: limité à 7 jours / accouchement</i>	53€
Frais accompagnement / jour <i>limité à 30 jours (enfant de moins de 12 ans)</i>	53€
SOINS COURANTS	
Médecin généraliste avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	150% BR
Médecin généraliste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR + TM
Médecin spécialiste avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	150% BR
Médecin spécialiste avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR + TM
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	80% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	30% BR + TM
Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	130% BR
Imagerie médicale avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	80% BR + TM
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) (dont bilan du langage)	130% BR
Traitement pédicural pris en charge par la Sécurité sociale (<i>limité à 4 séances par an</i>)	+15€
Analyses et examens de laboratoires	130% BR
Analyses non prises en charge par la Sécurité sociale (par an par bénéficiaire)	100 €
Médicaments remboursés Ss	100% TM
Pharmacie prescrite non remboursée par la Ss (<i>Médicaments, homéopathiques, transport (VSL ou taxi) prescrit médicalement / an / bénéficiaire</i>)	30,50 €
Participation ostéodensitométrie (<i>par examen</i>)	30,50 €
Matériel médical remboursé Ss (Appareillage et prothèses médicales pris en charge par la Ss)	105% BR
+participation autres prothèses et appareillage (acquisition)	152,50 €
Supplément équipement post cancer post rayons / chimio	150 €
+participation fauteuil roulant (acquisition)	500 €
Scooter électrique (<i>acquisition et sur prescription médicale</i>)	500 €
Téléagrandisseur ou loupe électronique (<i>acquisition et sur prescription médicale</i>)	500 €
Orthèse d'avancée mandibulaire (<i>acquisition et sur prescription médicale</i>)	300 €
Soins à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale	25% BR
TRANSPORT	
Frais de Transport remboursés Ss	100% TM
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE (à compter du 1er janvier 2020) ¹	HLF - Ss
Soins dentaires*	55% BR
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif maîtrisé	55% BR
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif libre	55% BR
Prothèses dentaires remboursées Ss (hors 100% santé) à tarifs maîtrisés	300% BR
Prothèses dentaires remboursées Ss (hors 100% santé) à tarifs libres	300% BR
Implantologie <i>par implant (dans la limite de 3 implants maxi par an par bénéficiaire)</i>	530€
Orthodontie remboursée Ss	290% BR
OPTIQUE³	
Forfait (verres+monture+lentilles prises en charge, non prises en charge et jetables) minimum de 10% PMSS par an par bénéficiaire	
Equipements 100% SANTE (à compter du 1 ^{er} janvier 2020) ²	PLS - Ss
Lunettes	Grille optique
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale** / an / bénéficiaire	200 % BR + 230 €
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables - par an et par bénéficiaire)	230 €
Chirurgie réfractive (<i>par an et par bénéficiaire</i>)	270 €
AIDES AUDITIVES⁴	
Jusqu'au 31 décembre 2020	
Prothèse auditive	105% BR + 152,50 € pour l'acquisition
A partir du 1er janvier 2021 (<i>par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance</i>)	
Equipements 100% SANTE	PLV - Ss
Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus (<i>dans la limite de 1 700€ y/c RSS</i>)	105% BR + 152,50 €
Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans (<i>dans la limite de 1 700€ y/c RSS</i>)	105% BR + 152,50 €
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% TM

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	100% TM
Psychomotricité sur prescription médicale (<i>par an et par bénéficiaire</i>)	250 €
Bilan diététique réalisé par un diététicien diplômé d'état (<i>par an et par bénéficiaire</i>), sur prescription mé	20 €
Sevrage tabagique (<i>par an et par bénéficiaire</i>)	152,50 €
Dépistage de troubles d'audition	100% TM
Médecines douces (40 séances maxi par an par bénéficiaire)	
Ostéopathe	
Chiropracteur	
Ethiopathe	
Acupuncteur	30,50 €

Légende :

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale - RSS : Remboursement Sécurité sociale - PLV : Prix limite de vente - HLF : Honoraires limite de facturation

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 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.

³ 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.

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.

*Les soins dentaires ne font pas l'objet de dépassements

**Au-delà du forfait, 100% TM pour lentilles remboursées par la Sécurité sociale

GRILLE OPTIQUE 100% Santé équipement a)b)c)d)e)f)	Garantie *
Monture ou verres 100% Santé	100% PLV-SS
Monture à tarif libre (y compris Sécurité sociale)	max 85 €
Équipement avec verres à tarif libre	y compris coût de la monture
Deux verres simples (a) «-par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; «-par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;	200% BR + 230 €
Un verre simple et un verre complexe (b)	200% BR + 230 €
Deux verres complexes (c) «-par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; «-par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; «-par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;	200% BR + 230 €
Un verre simple et un verre très complexe (d)	200% BR + 230 €
Un verre complexe et un verre très complexe (e)	200% BR + 230 €
Deux verres très complexe (f) «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; «-par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	200% BR + 230 €

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions