

**DECISION UNILATERALE FORMALISANT LES GARANTIES  
COLLECTIVES  
DE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE  
« FRAIS DE SANTE » DES SALARIES DISTRIBUTEURS  
D'ADREXO**

**COURTIER : SIACI ST HONORE**

**SEASON, 39 RUE MSTITSLAV ROSTROPOVITCH  
75815 PARIS CEDEX 17**

**Décision unilatérale formalisant les garanties collectives de remboursement  
complémentaire de « frais de santé »**

A Aix en Provence, le 2 janvier 2018

**Objet** :Votre régime de garanties collectives de remboursement de « frais de santé », constaté conformément à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Suite aux dispositions obligatoires de l'avenant de branche n° 29 du 31 janvier 2014 relatif au régime de protection frais de santé, la direction de la Société ADREXO a mis en place, le 30 juin 2014, un régime de garanties collectives Frais de Santé au bénéfice de ses salariés distributeurs, et ce, afin de se conformer à son obligation conventionnelle.

Suite aux évolutions réglementaires instituées par l'article 56 de la loi de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, l'avenant de branche n°29 a fait l'objet d'une mise en conformité des garanties santé par rapport aux nouvelles obligations du « contrat responsable » applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**ARTICLE 1 OBJET**

La présente décision, matérialisant le régime, a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés distributeurs au contrat d'assurance collective souscrit par la Société ADREXO.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus ainsi que le choix de l'intermédiaire devra être réexaminé dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans, à compter de la date d'effet de la présente décision. A cet effet, les parties, employeur et organisme assureur, se réuniront six mois avant l'échéance, à l'initiative de la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement par l'employeur du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative de la présente décision.

**ARTICLE 2 ADHESION DES SALARIES**

**ARTICLE 2.1.SALARIES BENEFICIAIRES**

La présente décision concerne l'ensemble des salariés distributeurs qui sont régis par un régime obligatoire qui leur est propre, institué par les dispositions obligatoires de l'avenant de branche n° 29 du 31 janvier 2014 relatif au régime de protection frais de santé.

**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, ou d'indemnités journalières complémentaires 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 cotisations.

### **ARTICLE 3 CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION**

L'adhésion au régime, de tous les salariés désignés à l'article 2.1, est obligatoire, sans condition d'ancienneté et quelle que soit la nature de leur contrat de travail. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Cependant, et sans remise en cause du caractère obligatoire, ont la faculté de refuser d'adhérer au régime, quelle que soit leur date d'embauche :

- 1- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé en application de l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1, dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient de leur situation par la production d'une copie de l'attestation mentionnée à l'article L. 863-3 du même Code. Cette dispense vaut jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- 2- Les salariés qui disposent d'une mutuelle individuelle Frais de Santé avant l'embauche ou au moment de la mise en place de la mutuelle obligatoire (attention, cette dispense n'est valable que jusqu'à l'échéance annuelle du contrat : au-delà, le salarié devra souscrire la mutuelle obligatoire).
- 3- les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée dont la durée du contrat est inférieure à 12 mois dès lors qu'ils en font la demande, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 4- les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée dont la durée du contrat est au moins égale 12 mois, dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient d'une couverture souscrite par ailleurs par la production d'une attestation d'affiliation ;
- 5- Les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :
  - Dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la circulaire DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013,
  - contrat d'assurance de groupe dit « Madelin », issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 ;
  - Régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle ;
  - Régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
  - Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;
  - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;

- Régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
  - Régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;  
dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient annuellement par la production, selon leur situation, d'un justificatif d'affiliation à l'un des dispositifs repris ci-dessus.
- 6- les salariés bénéficiant par ailleurs d'une couverture collective complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient, annuellement, de l'existence d'une couverture collective obligatoire par la production d'une attestation d'affiliation.
- 7- les salariés à temps partiel et les apprentis, si la cotisation salariale représente plus de 10% de leur rémunération, dès lors qu'ils en font la demande.
- 8- Lorsque les deux membres d'un couple, mariés, concubins ou liés par un PACS travaillent dans l'entreprise, il est possible que l'un d'entre eux seulement soit affilié en propre et acquitte la cotisation « famille ». L'autre membre du couple sera couvert en qualité d'ayant droit.

Dans tous les cas, le salarié demandant une dispense doit le faire par écrit, et mentionner qu'il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, et accompagner sa demande d'un document justificatif.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Les salariés sollicitant le bénéfice de ces dispenses voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront solliciter le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de remboursement de « frais de santé », et ne pourront pas bénéficier du dispositif.

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, et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

#### **ARTICLE 4 PRESTATIONS**

Les prestations en vigueur sont celles décrites dans le document annexé à la présente décision, à titre informatif. Elles 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 figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Bien évidemment, il est précisé que les prestations respectent les obligations du contrat « responsable » conformément aux articles L322-2, II et III, L871-1 et R871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale.

## ARTICLE 5 COTISATIONS

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais de santé » est fixée dans les conditions suivantes (exprimées en % du Plafond Sécurité sociale) :

Régime de base	Cotisation globale	Part patronale	Part salariale
Adhésion obligatoire - Salarié	0,59 %	50 %	50 %
Adhésion facultative – Conjoint	0,92 %	0 %	100 %
Adhésion facultative – Enfant	0,50 %	0 %	100 %

Les salariés doivent obligatoirement acquitter la cotisation « Salarié » et ont la faculté de verser, en sus, une cotisation « Conjoint » et/ou « Enfant ».

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'année 2018 est de 3 311 €. Les cotisations seront indexées sur le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Toute évolution ultérieure du montant des cotisations sera répartie dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'employeur et les salariés.

Les salariés et leurs ayants-droits ont la faculté de verser, en sus, une cotisation supplémentaire pour l'adhésion à l'une des couvertures supplémentaires optionnelles. Le paiement cette cotisation supplémentaire est à la charge exclusive du salarié.

## ARTICLE 6 PORTABILITE DU REGIME 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

La présente décision unilatérale sera remise à chaque salarié entrant dans la catégorie de personnel définie à l'article 2.1.

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 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 DUREE – REVISION - DENONCIATION**

---

La présente décision prend effet le **01.01.2018** pour une durée indéterminée.

L'engagement de l'entreprise 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.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Samuel DEWITE  
Directeur des Ressources Humaines



**Annexe : Résumé des garanties collectives de remboursement de « frais de santé ».**

**IMPORTANT : Informations non contractuelles, à titre purement indicatif. Seule la notice d'informations émise par l'assureur fait foi.**

<b>NATURE DES PRESTATIONS</b>	<b>REGIME DE BASE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE MONTANT DES PRESTATIONS (sous déduction des prestations de la Sécurité sociale)</b>	<b>OPTION 1 - COLLECTIF ET FACULTATIF MONTANT DES PRESTATIONS (sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et du Régime de Base)</b>	<b>OPTION 2 - COLLECTIF ET FACULTATIF MONTANT DES PRESTATIONS (sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et du Régime de Base)</b>
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS</b>			
Consultation et Visite Généraliste adhérent à l'OPTAM	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Consultation et Visite Généraliste non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Consultation et Visite Spécialiste adhérent à l'OPTAM	120 % BR	200 % BR	250 % BR
Consultation et Visite Spécialiste non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses biologiques	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, radiologie adhérent à l'OPTAM	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie, radiologie non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Actes de chirurgie et Actes techniques médicaux adhérent à l'OPTAM	120 % BR	120 % BR	150 % BR
Actes de chirurgie et Actes techniques médicaux non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>HOSPITALISATION médicale et chirurgicale (y compris Maternité)</b>			
Frais de séjours - Secteur conventionné	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Frais de séjours - Secteur non conventionné	100 % BRR	200 % BRR	250 % BRR
Honoraires Hospitalisation (Actes de Chirurgie et d'anesthésie) adhérent à l'OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires Hospitalisation (Actes de Chirurgie et d'anesthésie) non adhérent à	130 % BR	180 % BR	200 % BR

I'OPTAM-CO			
Forfait journalier	100 % Frais réels	100 % Frais Réels	100 % Frais réels
Chambre particulière	30 € par jour	60 € par jour	80 € par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	30 € par jour (enfant entre 12 et 18 ans, limité à 20 jours)	45 € par jour	60 € par jour
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	20 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires Secteur Conventiéonné ou Non Conventiéonné	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale (*) sur la base d'une BR reconstituée fixée à 107,50 €	150 % BRR (*) dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire ou à 200 € / an et par bénéficiaire	250 % BRR (*)	300 % BRR (*)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (*) sur la base d'une BR reconstituée fixée à 193,50 € par semestre actif et par personne	Néant	Néant	200 % BRR (*)
Implants dentaires - Forfait par an et par bénéficiaire (pose de l'implant et faux moignon)	Néant	150 €	300 €
<b>OPTIQUE</b>	Remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture et de deux verres), dans la limite d'un équipement complet par période de deux ans ou, par période d'un an, pour les assurés âgés de moins de 18 ans ou cas de renouvellement de l'équipement justifié par un changement de défaut de vision.		
Paire de lunettes - Adulte			
Équipement à verres simples (verres + monture)	200 € (dont 50 € par verre et 100 € pour la monture)	200 € (dont 50 € par verre et 100 € pour la monture)	300 € (dont 90 € par verre et 120 € pour la monture)
Équipement à verres complexes (verres + monture)	220 € (dont 60 € par verre et 100 € pour la monture)	250 € (dont 75 € par verre et 100 € pour la monture)	370 € (dont 125 € par verre et 120 € pour la monture)
Équipement à verres hyper complexes (verres + monture)	220 € (dont 60 € par verre et 100 € pour la monture)	250 € (dont 75 € par verre et 100 € pour la monture)	370 € (dont 125 € par verre et 120 € pour la monture)
Paire de lunettes - Enfant			

Equipement à verres simples (verres + monture)	150 € (dont 50 € par verre et 50 € pour la monture)	180 € (dont 50 € par verre et 80 € pour la monture)	280 € (dont 90 € par verre et 100 € pour la monture)
Equipement à verres complexes (verres + monture)	200 € (dont 60 € par verre et 80 € pour la monture)	230 € (dont 75 € par verre et 80 € pour la monture)	350 € (dont 125 € par verre et 100 € pour la monture)
Equipement à verres hyper complexes (verres + monture)	200 € (dont 60 € par verre et 80 € pour la monture)	230 € (dont 75 € par verre et 80 € pour la monture)	350 € (dont 125 € par verre et 120 € pour la monture)
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) Forfait par an et par bénéficiaire	50 €	100 €	150 €
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) Forfait par an et par bénéficiaire	50 €	100 €	150 €
<b>AUTRES PROTHESES</b>			
Petit Appareillage et Orthopédie	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	120 % BR	170 % BR	250 % BR
<b>CURE THERMALE PRISE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>			
Traitement et Honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Voyage et Hébergement	100 % BR	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
<b>MEDECINES ALTERNATIVES ET ACTES DE PREVENTION</b>			
Ostéopathie * dans la limite de 3 séances par an et par personne assuré	Néant	20 € par séance (*)	30 € par séance (*)
Dépistage Hépatite B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins (compris dans les prestations de prévention : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (pour certaines femmes), haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>FORFAIT NAISSANCE</b>			
Forfait naissance / adoption	Néant	100 €	150 €

**SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TABLEAU :**

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale – BRR : Base de remboursement reconstituée de la Sécurité sociale

OPTAM / OPTAM-CO : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique) lesquels se substituent au Contrat

d'Accès Aux Soins (CAS)

FR : Frais réellement engagés sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations.

TM : Ticket modérateur tel que défini aux conditions générales

NB. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent avenant. Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales et maximales de prise en charge, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale.