

**ACCORD n°2024-07**  
**RELATIF A LA MISE EN PLACE DU REGIME DE GARANTIES**  
**COLLECTIVES COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES**  
**FRAIS DE SANTE**

INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

114, rue Edouard Vaillant – 94805 VILLEJUIF Cedex – France – Tel : 01 42 11 42 11 – Fax : 01 42 11 53 00  
Centre de lutte contre le cancer autorisé à recevoir les dons et legs – ordonnance du 1<sup>er</sup> octobre 1945  
N° SIREN 775 74 11 01 CODE APE 8610Z CCP PARIS 709 26 Z

nm  
AL CF


**Entre :**

**Gustave-Roussy**, 39 bis, rue Camille Desmoulins 94805 VILLEJUIF Cedex, représenté par Madame Marie-Cécile MOCELLIN, Directrice des Ressources Humaines, dûment habilitée à la signature du présent accord,

**D'une part,**

**Et :**

**Les organisations syndicales représentatives au sein de Gustave Roussy**, représentées par leur délégué syndical :

- CFDT, par M/Mme *LOPEs Aurelie* 
- CGT IGR, par M/Mme
- FO, par M/Mme *FONTAINE Christine*
- UNSA, par M/Mme *Chantal Javelle*

**D'autre part,**

## PREAMBULE

La protection sociale complémentaire constitue un élément important de la politique sociale de l'employeur.

La Loi de sécurisation de l'emploi n°2013-504 du 14 juin 2013 a consacré la généralisation de la couverture complémentaire SANTE à tous les salariés du secteur privé. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, chaque employeur est tenu de proposer une couverture minimale obligatoire en matière de remboursement des frais de santé à ses salariés.

Cette couverture minimale obligatoire doit respecter les obligations du « contrat responsable », notion introduite dans la loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance Maladie pour maîtriser les dépenses de santé, dont la volonté était de responsabiliser tous les acteurs : les assurés, les praticiens et les assureurs.

Les conditions du « contrat responsable » ont évolué en 2015 avec l'instauration d'un panier minimal de garanties, puis en 2019 avec la réforme dite « 100% santé » visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et à des soins prothétiques dentaires.

Au sein de Gustave Roussy, un accord collectif n°2016-01 relatif au régime obligatoire de remboursement complémentaire des frais de santé du personnel de Gustave Roussy a été conclu le 18 mars 2016.

Cet accord a fait l'objet de plusieurs avenants de révision, afin de :

- Rééquilibrer financièrement le régime,
- Mettre en application la réforme dite « 100% santé »,
- Mettre en place une option surcomplémentaire.

Début 2024, la Direction de Gustave Roussy a lancé une consultation portant sur la fourniture d'un service d'assurance relatif à la couverture Frais de santé, dans les conditions réglementaires de la Commande Publique.

Une réflexion a abouti à demander aux candidats à l'appel d'offres de préserver l'équilibre du régime frais de santé, toujours déficitaire sur certains points de remboursement, par une augmentation limitée des cotisations tout en réaménageant certaines garanties en vue de les améliorer.

La Commission Santé-Prévoyance-Retraite supplémentaire du Comité Social et Economique a été réunie à l'initiative de la Direction à plusieurs reprises, afin de mener cette réflexion sur l'étendue des garanties couvertes par le régime FRAIS DE SANTE.

La Commission a également participé à l'audition des candidats retenus, puis à la restitution des résultats de la consultation.

A titre purement informatif :

- L'assureur identifié par la Direction est, à la date de prise d'effet de l'accord, Malakoff Humanis Prévoyance ; le changement d'assureur à l'initiative de la Direction ne caractérise pas une modification du présent accord ;
- Le gestionnaire identifié par la Direction en accord avec l'assureur est, à la date de prise d'effet de l'accord, Génération ; le changement de gestionnaire à l'initiative de la Direction ne caractérise pas une modification du présent accord ;

- Une synthèse des créations et aménagements des garanties visant notamment à mieux rembourser certaines d'entre elles pour les régimes « Socle » et « Option » est par ailleurs annexée au présent accord.

#### **Article 1 - Objet de l'accord**

Le présent accord a pour objet :

- D'instituer un régime de garanties collectives complémentaires obligatoire FRAIS DE SANTE, permettant à l'ensemble des salariés de Gustave Roussy tels que définis à l'article 2, de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale couvrant les frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident, une maternité ;
- De permettre également l'adhésion des salariés, à titre facultatif, à un contrat d'assurance collective de remboursement de frais médicaux « Optionnel » et à un autre dit « Surcomplémentaire ».

Le présent accord se substitue de plein droit à tout autre accord d'entreprise ou avenant de révision conclu au sein de Gustave Roussy, ainsi qu'à tout usage ou engagement unilatéral antérieur à la signature dudit accord et ayant le même objet ou la même cause, et notamment à :

- L'accord n°2016-01 en date du 18 mars 2016,
- L'accord n°2017-06 en date du 11 décembre 2017,
- L'avenant à l'accord n°2016-01 en date du 21 janvier 2019,
- L'avenant à l'accord n°2016-01 en date du 19 décembre 2019,
- L'avenant à l'accord n°2016-01 en date du 23 novembre 2023.

Au titre du présent accord, les signataires sont convenus (i) des niveaux de financement applicables aux salariés et à l'Institut, et (ii) du principe de recourir à un assureur en charge de définir et actualiser les garanties en fonction des niveaux de financement ainsi que d'assurer lesdites garanties.

En toute hypothèse, au moins une fois tous les 5 ans, les signataires de l'accord examinent les conditions dans lesquelles l'assureur et le gestionnaire exercent respectivement leurs prestations.

#### **Article 2 – Bénéficiaires - Caractère collectif du régime FRAIS DE SANTE**

Le présent régime FRAIS DE SANTE est mis en place au bénéfice :

- De l'ensemble des salariés de Gustave Roussy, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'article 4.1 du présent accord et de celles d'ordre public ;
- Des ayants droit des salariés, tels que définis par la notice d'information ;
- Du conjoint non séparé de corps judiciairement ni divorcé, ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin des salariés.

Les conditions d'affiliation et de résiliation au régime FRAIS DE SANTE sont définies par les contrats souscrits par Gustave Roussy auprès de l'organisme assureur.

### **Article 3 – Garanties**

#### **3.1 Structuration du régime**

Le régime FRAIS DE SANTE comprend :

- Un régime socle de base à adhésion obligatoire, cofinancé par l'employeur et les salariés ; sous réserve des dispositions de l'article 4.1, tous les salariés ainsi que leurs ayants droits tels que définis par la notice d'information sont obligatoirement affiliés au régime socle. Le conjoint au sens de l'article 2 peut, sur demande du salarié concerné, être affilié au régime socle dont la contribution à son titre est intégralement à sa charge ;
- Un régime optionnel responsable à adhésion facultative ; chaque salarié peut décider d'y adhérer pour lui et ses ayants droits tels que définis par la notice d'information, ainsi que s'il le souhaite pour son conjoint au sens de l'article 2 ;
- Un régime surcomplémentaire non responsable à adhésion facultative, en complément de l'option responsable ; chaque salarié peut décider d'y adhérer pour lui et ses ayants droits tels que définis par la notice d'information, ainsi que s'il le souhaite pour son conjoint au sens de l'article 2.

#### **3.2 Garanties**

Les garanties -respectivement du régime socle, de l'option facultative ou du régime surcomplémentaire- sont définies, actualisées et assurées par l'organisme assureur et relèvent de sa seule responsabilité. L'actualisation des garanties décidée par l'assureur ne caractérise pas une modification du présent accord. L'employeur n'est tenu, à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations dans les conditions définies à l'article 7.

Les garanties se rapportant à chacun de ces régimes sont indiquées dans la notice d'information de l'organisme assureur remise aux salariés. Toute évolution des garanties décidée par l'assureur est opposable aux bénéficiaires à compter de la date de transmission par l'assureur au gestionnaire du régime de la notice d'information actualisée, à charge pour le gestionnaire de communiquer aux bénéficiaires cette notice sous toute forme rendant cette communication incontestable.

Le régime socle à adhésion obligatoire et l'option à adhésion facultative respectent l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ».

Toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition du contrat « solidaire » et du contrat « responsable », ou les conditions d'exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l'ensemble de ces dispositions légales ou réglementaires.

Le contrat surcomplémentaire à adhésion facultative satisfait aux conditions du contrat « solidaire ». En revanche, il ne satisfait pas aux conditions du « contrat responsable ».

AM AL

  
CF

#### **Article 4 – Adhésion - Caractère obligatoire du régime et Dispenses d'affiliation**

##### **4.1 Affiliation obligatoire au régime socle et dispenses d'affiliation**

L'adhésion au régime socle FRAIS DE SANTE est obligatoire pour tous les salariés et leurs ayants droit tels que définis par la notice d'information. Chaque salarié est tenu de déclarer à l'Institut et au gestionnaire du régime l'existence d'ayants droits tels que définis par la notice ; cette déclaration est réalisée lors de l'affiliation initiale par le bulletin d'affiliation qui identifie le ou les ayants droits au titre duquel est alors ouvert le bénéfice des garanties ; elle est également régularisée auprès de l'Institut et du gestionnaire du régime dès que le salarié a connaissance de l'existence d'un ayant droit au sens de la notice d'information. Chaque année, le gestionnaire rappelle aux salariés la nécessité d'actualiser si nécessaire la situation familiale. Il est souligné que l'absence de déclaration des ayants droits a pour effet de les priver des garanties.

La situation familiale est déterminée sur la base du bulletin d'affiliation et de la fiche de renseignement dûment complétés par le salarié lors de son embauche et actualisée par ce dernier tout au long de sa relation contractuelle avec Gustave Roussy.

Les salariés peuvent toutefois être dispensés d'affiliation au régime socle en application des dispositions légales et réglementaires applicables aux dispenses dites de droit. Les conditions et modalités d'exercice de la dispense sont définies par les textes applicables. Ces dispenses ne valent que pour autant (i) que la réglementation les prévoit et (ii) que le salarié sollicite auprès de Gustave Roussy la dispense d'affiliation, justifie réunir les conditions requises et produit à l'Institut toute attestation requise. La dispense vaut alors pour le salarié et ses ayants droits. Elle interdit au salarié de solliciter une affiliation au titre du régime optionnel et/ou du régime surcomplémentaire.

Outre les dispenses dites de droit, les salariés qui entrent dans l'une des 3 situations suivantes ont la faculté de ne pas s'affilier au régime socle :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou 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 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.

Ces dispenses ne valent que pour autant (i) que la réglementation les prévoit et (ii) que le salarié sollicite auprès de Gustave Roussy la dispense d'affiliation, justifie réunir les conditions requises et produit à l'Institut toute attestation requise. La dispense vaut alors pour le salarié et ses ayants droits.

Elle interdit au salarié de solliciter une affiliation au titre du régime optionnel et/ou du régime surcomplémentaire.

A défaut de respecter les dispositions requises et lorsqu'ils cessent de justifier de leur situation, les salariés sont automatiquement affiliés et tenus de cotiser au régime socle obligatoire.

#### **4.2 Affiliations facultatives**

L'affiliation aux régimes optionnel et surcomplémentaire du régime FRAIS DE SANTE est facultative.

Les conditions d'affiliation et de résiliation à ces régimes optionnel et surcomplémentaire sont définies par les contrats souscrits par Gustave Roussy auprès de l'organisme assureur.

#### **Article 5 – Sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

Le bénéfice des garanties, qu'elles résultent du régime socle, des garanties optionnelles ou du régime surcomplémentaire, est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant la suspension, d'un maintien de salaire total ou partiel, d'indemnités complémentaires ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par l'employeur. Le bénéfice des garanties est également maintenu en cas d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée.

Dans ces hypothèses, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations. La contribution du CSE continuera également de produire ses effets durant cette période de suspension.

Les conditions de maintien des garanties sont précisées dans les dispositions générales de la notice d'information remise aux salariés.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune indemnisation par l'employeur ne bénéficient pas du maintien du bénéfice du régime FRAIS DE SANTE.

Toutefois, ces salariés ont la possibilité de continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

#### **Article 6 – Sort des garanties en cas de rupture du contrat de travail – Portabilité et Loi Evin**

##### **6.1 Portabilité**

En application des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les anciens salariés, et le cas échéant leurs ayants droit, se voient maintenir dans les mêmes conditions que les salariés en activité, le régime socle FRAIS DE SANTE en vigueur au sein de Gustave Roussy, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'exception du licenciement pour faute lourde. L'affiliation est maintenue dans la limite de douze mois.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Toute modification des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale s'impose sans que n'ait besoin d'être révisé le présent accord.

Les conditions de maintien des garanties sont précisées dans les dispositions générales de la notice d'information remise aux salariés.

## **6.2 Article 4 de la Loi Evin**

Conformément à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, le maintien de la couverture FRAIS DE SANTE est proposé par l'organisme assureur aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité temporaire d'activité ou d'invalidité, d'une pension de préretraite ou de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, ainsi qu'aux ayants droit d'un salarié décédé, dans les conditions prévues par le contrat FRAIS DE SANTE.

Les conditions de maintien des garanties sont précisées dans les dispositions générales de la notice d'information remise aux salariés.

## **Article 7 - Cotisations**

### **7.1 Régime socle obligatoire**

#### **7.1.1 Principe**

Selon la situation familiale, le salarié s'acquitte de la cotisation « Isolé » ou « Famille » pour les différentes garanties du régime FRAIS DE SANTE :

- Cotisant « Isolé » pour le salarié sans enfant ;
- Cotisant « Famille » pour le salarié dont le ou les enfant(s) ont la qualité d'ayants-droits, telle que définie par le contrat souscrit par Gustave Roussy auprès de l'organisme assureur et précisée dans la notice d'information remise aux salariés.

Lorsque deux salariés de Gustave Roussy sont mariés, pacsés ou concubins, l'un adhère du fait de la situation familiale du couple à la couverture « Famille », le second bénéficie de la couverture « Isolé » de manière obligatoire. Lorsque les deux salariés de Gustave Roussy ne bénéficient pas pour l'un d'eux de la couverture « Famille », ils sont tous les deux considérés « Isolé ».

#### **7.1.2 Structure et montant de la cotisation**

La cotisation au régime socle obligatoire FRAIS DE SANTE est exprimée en euros avec une part complémentaire exprimée en pourcentage du salaire brut mensuel soumis aux cotisations Sécurité Sociale, limité à 2 fois le plafond mensuel de Sécurité Sociale.

La cotisation au régime obligatoire FRAIS DE SANTE dépend de la situation du bénéficiaire selon qu'il est « Isolé » ou « Famille », c'est-à-dire selon qu'il a ou non des ayants droits au sens défini par la notice d'information. Le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 4.1 du présent accord indique le caractère obligatoire de la déclaration par le salarié de l'existence d'éventuels ayants droits. L'absence de déclaration conforme constitue une faute au regard de l'application du présent accord et notamment du caractère obligatoire de l'affiliation au régime socle, cette faute ayant en outre pour conséquence de priver les ayants droits non déclarés du bénéfice des garanties.



Le montant des cotisations totales des deux catégories au régime socle obligatoire FRAIS DE SANTE à la date du présent accord est le suivant :

- Catégorie « Isolé »
  - o La cotisation au régime socle obligatoire représente un forfait mensuel de 4,73 € par mois, complété par une part proportionnelle au salaire brut de 1,25 % du salaire mensuel ;
- Catégorie « Famille »
  - o La cotisation au régime socle obligatoire représente un forfait mensuel de 7,32 € par mois, complété par une part proportionnelle au salaire brut de 2,24 % du salaire mensuel.

Gustave Roussy assure le financement à hauteur de 50% de la cotisation totale du régime socle obligatoire FRAIS DE SANTE (forfait + part proportionnelle), auquel s'ajoute un montant forfaitaire de :

- Pour la catégorie « Isolé » : 4,07 € par mois
- Pour la catégorie « Famille » : 9,67 € par mois

Le CSE complète, dans les conditions précisées à l'article 7.1.3, la cotisation de Gustave Roussy à raison de 2 € par mois.

La part de la cotisation totale à la charge du salarié est égale au montant de la cotisation totale telle que définie ci-dessus diminué (i) du financement pris en charge par l'Institut et (ii) du financement complémentaire du CSE.

La cotisation du salarié est prélevée chaque mois obligatoirement sur son salaire net.

#### 7.1.3 Cofinancement du régime socle obligatoire par le Comité Social et Economique

Le Comité d'Entreprise (auquel a succédé le Comité Social et Economique) complète depuis le 1<sup>er</sup> août 2012 le financement de la part patronale du régime obligatoire FRAIS DE SANTE. Cette décision a été prise à la majorité des élus lors de la séance plénière du Comité d'Entreprise du 19 juillet 2012.

A la date du présent accord, cette contribution s'élève à 2 € par salarié et par mois. Elle s'ajoute à la part patronale exprimée en euros.

#### ✓ Majoration du montant de la contribution du Comité Social et Economique

Toute majoration de ce montant devra faire l'objet d'une décision des élus prise en séance plénière après un vote emportant l'adhésion de la majorité des membres y participant.

Cette majoration s'appliquera le mois suivant la décision, et sera de nature à renforcer le complément de part patronale par le Comité Social et Economique.

#### ✓ Suppression de la prise en charge par le Comité Social et Economique

Si le Comité Social et Economique souhaite supprimer sa participation au financement patronal du régime socle, il devra en avertir la Direction de Gustave Roussy 15 mois avant l'échéance, pour une date d'effet qui sera obligatoirement au 1<sup>er</sup> janvier.

✓ Modalités de contribution entre la Direction de Gustave Roussy et le Comité Social et Economique

Il est entendu que les modalités du complément du Comité Social et Economique au financement patronal du régime socle obligatoire FRAIS DE SANTE sont établies conformément aux dispositions légales en vigueur concernant l'exonération de charges sociales et fiscales des contrats responsables.

L'employeur supporte le forfait social dû sur la part prise en charge par le Comité Social et Economique.

Il est rappelé que Gustave Roussy et le Comité Social et Economique participent au financement du régime socle obligatoire FRAIS DE SANTE des salariés, sous réserve des précisions faites à l'article 8 du présent accord.

### **7.2 Régimes optionnel et surcomplémentaire**

Chaque salarié bénéficiaire du régime socle obligatoire FRAIS DE SANTE peut adhérer aux régimes optionnel et surcomplémentaire FRAIS DE SANTE.

Pour bénéficier de l'option surcomplémentaire, les salariés devront nécessairement avoir adhéré aux régimes socle et optionnel.

Le salarié assume la prise en charge à 100% de la cotisation à ces régimes qui viennent s'ajouter à celle relative à la part obligatoire du régime.

Les cotisations applicables respectivement au régime optionnel et au régime surcomplémentaire sont définies et actualisées par l'assureur.

A titre de simple information, les cotisations applicables à la date du présent accord sont indiquées en annexe ; cette annexe n'a pas de caractère contractuel entre les signataires de l'accord.

Les conditions d'affiliation et de résiliation à ces régimes optionnels sont définies par les contrats liant Gustave Roussy à l'organisme assureur en charge de la gestion de la couverture complémentaire FRAIS DE SANTE. Ces conditions protègent les contrats de toute volonté individuelle opportuniste d'adhérer ou de résilier les options souscrites en fonction d'évènements ponctuels. Sont prévus des délais de prévenance préalable à la souscription des options ainsi que la durée minimale d'une souscription.

Ces conditions sont l'objet d'une communication régulière auprès des salariés par la Direction, ainsi que vis-à-vis des représentants du personnel.

### **7.3 Conjoint**

Le conjoint (marié, pacsé, concubin) du salarié bénéficie d'une possibilité d'adhésion spécifique dénommée « Conjoint ». Il bénéficie alors pour lui-même à l'exception de tout ayant droit des garanties des régimes obligatoire et optionnels de la catégorie « Isolé ».

A titre de simple information, les cotisations applicables au conjoint à la date du présent accord sont indiquées en annexe ; cette annexe n'a pas de caractère contractuel entre les signataires de l'accord.

Les cotisations finançant la couverture du conjoint sont prélevées directement sur le compte bancaire du conjoint.

La prise en charge employeur ne s'effectue que sur la tête des salariés Gustave Roussy (et de leurs ayants droits), ce qui exclut toute prise en charge pour un conjoint marié, concubin, pacsé adhérent aux régimes de base et optionnels « Conjoint ».

Les conditions d'affiliation et de résiliation sont définies par le contrat liant Gustave Roussy à l'organisme assureur en charge de la gestion de la couverture complémentaire FRAIS DE SANTE. Ces conditions protègent le contrat de toute volonté individuelle opportuniste d'adhérer ou de résilier les options souscrites en fonction d'évènements ponctuels. Sont prévus des délais de prévenance préalable à la souscription des options ainsi que la durée minimale d'une souscription.

#### **Article 8 – Evolution ultérieure des cotisations**

Les garanties déterminées par l'assureur, présentées à titre de simple information en annexe, peuvent être modifiées par l'organisme assureur en raison notamment des évolutions réglementaires et de la nécessité de conserver l'équilibre technique du régime.

Chaque année, l'assureur transmet à l'entreprise un compte de résultat distinct pour (i) le régime socle, (ii) le régime optionnel, (iii) le régime surcomplémentaire ; chaque compte de résultat expose une analyse distincte des comptes de gestion des catégories « Isolé », « Famille » et « Conjoint ». L'actuaire du régime produit une analyse des différents comptes de résultat qu'il transmet à la Direction et établit, autant que nécessaire, les recommandations qu'il estime nécessaires.

Il ressort de cette disposition que le régime FRAIS DE SANTE mis en place aux termes du présent accord regroupe l'ensemble des contrats particuliers conclus avec l'organisme assureur répondant à la définition de l'article 7 ci-avant et dont la gestion s'effectue selon des comptes de résultats indépendants les uns des autres, permettant notamment des rééquilibrages distincts.

Il peut découler de cette analyse de l'équilibre financier des régimes une nécessité d'agir soit sur le relèvement des cotisations, soit sur l'adaptation des garanties aux nouvelles contraintes économiques ou juridiques.

Dans ce cadre, au même titre que la cotisation patronale, le niveau de contribution du salarié au régime obligatoire sera révisable dans le cadre des évolutions de l'équilibre financier du régime complémentaire FRAIS DE SANTE de Gustave Roussy.

Ceci peut être également rendu nécessaire du fait d'une éventuelle révision du montant de la contribution à la part patronale du Comité Social et Economique.

Une réunion de la Commission Santé-Prévoyance-Retraite supplémentaire du Comité Social et Economique, élargie par la présence de l'actuaire du régime et des représentants des organismes assurant et gérant la complémentaire santé, est organisée préalablement au relèvement du taux de contribution des salariés, avant toute mise en œuvre.

Toute augmentation de la cotisation totale n'excédant pas 10% du montant de la cotisation totale applicable au régime socle et n'augmentant pas la part salariale de plus de 10% constitue une simple mesure d'application du présent accord et ne nécessite pas d'avenant. Cette augmentation est alors opposable à Gustave Roussy et aux salariés, sous réserve de la tenue de la réunion mentionnée à l'alinéa précédent et après information du CSE. Toute augmentation ne respectant pas les deux conditions susvisées nécessite un avenant au présent accord. Dans le cas où cet avenant ne peut pas être signé à bonne date, il appartient à l'assureur d'adapter les garanties au niveau des cotisations inchangées de façon à maintenir durablement l'équilibre technique du régime apprécié dans les conditions définies ci-dessus.

A titre purement informatif, il est rappelé que l'assureur Malakoff Humanis Prévoyance s'est engagé, dans le cadre de l'appel d'offre Frais de santé, à maintenir les taux de cotisation pendant les deux premières années, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2026, sauf en cas d'aggravation de la sinistralité, de variation du nombre de salariés, d'évolutions démographiques, de modification de la réglementation.

Par exception, l'augmentation de la part salariale de la cotisation correspondant à une éventuelle réduction ou suppression de la contribution du CSE complétant celle de l'entreprise s'impose de droit. A l'inverse, la baisse de la part salariale de la cotisation correspondant à une éventuelle augmentation de la contribution du CSE complétant celle de l'entreprise s'impose de droit.

#### **Article 9 – Suivi du régime**

Le suivi du présent accord et de son application est assuré par la Direction de Gustave Roussy et la Commission Santé-Prévoyance-Retraite supplémentaire du Comité Social et Economique qui se réunissent au moins 1 fois par an.

Afin de réunir toute l'expertise nécessaire à la compréhension des évolutions économiques et démographiques du contrat avec l'organisme assureur, la Direction de Gustave Roussy et les organisations syndicales signataires conviennent d'une assistance d'actuaire contractualisée dans le cadre des garanties souscrites. Cet expert interviendra en tant que de besoin lors des réunions précisées au présent article.

#### **Article 10 - Durée de l'accord et entrée en vigueur**

Le présent accord collectif d'entreprise est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, sous réserve du respect des conditions de validité mentionnées à l'article L. 2232-12 du Code du travail, et une fois les formalités de dépôt et de publicité accomplies.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat FRAIS DE SANTE ou la signature d'un nouveau contrat FRAIS DE SANTE à la suite de la passation d'un nouveau marché de services entraîneront de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

nm  
AL   
CF

#### **Article 11 - Révision de l'accord**

Chaque partie signataire ou chacune de celles ayant adhéré ultérieurement peut demander la révision de tout ou partie du présent accord, dans les conditions prévues à l'article L. 2261-7-1 du Code du travail.

La partie qui prend l'initiative de la révision du présent accord en informe chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre.

La demande de révision devra indiquer le ou les articles concernés et devra être accompagnée d'un projet de nouvelle rédaction du ou des articles visés.

Les parties devront engager des négociations dans les meilleurs délais. La Direction prendra l'initiative de convoquer l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans le mois suivant la réception du courrier de révision.

Les dispositions de l'accord dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion de l'avenant de révision.

L'avenant de révision se substituera de plein droit aux stipulations de l'accord qu'il modifie soit à la date qui en aura expressément été convenue, soit, à défaut, à partir du jour qui suivra l'accomplissement des formalités de dépôt.

#### **Article 12 - Dénonciation et caducité de l'accord**

Dans le respect des dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail, le présent accord peut être dénoncé en tout ou partie par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un délai de préavis de 3 mois.

Dans l'hypothèse où (i) le contrat d'assurance correspondant au régime socle serait résilié par l'assureur ou par Gustave Roussy en conséquence d'une augmentation de cotisations ne faisant l'objet d'aucun accord entre les signataires alors même que l'assureur refuserait toute réduction des garanties et (ii) où Gustave Roussy ne serait pas en mesure de souscrire un contrat auprès d'un autre assureur conforme aux dispositions du présent accord, celui-ci sera caduc à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance. Cette caducité privera d'effet l'accord sans préavis ni période de survie.

#### **Article 13 - Dépôt et publicité de l'accord**

Gustave Roussy réalisera toutes les mesures de publicité requises. Le présent accord sera déposé sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail. Un exemplaire sera adressé au greffe du Conseil des prud'hommes.

Un exemplaire original sera notifié à chaque organisation syndicale représentative.

Le présent accord collectif sera publié dans son intégralité dans la base de données nationale prévue à l'article L. 2231-5-1 du Code du travail, sous une forme anonymisée (article 2 du décret n°2017-752).

Fait à Villejuif, le 31.10.2024

Pour les organisations syndicales représentatives,

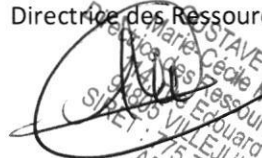
CFDT

Lopes Aurelio 

Pour Gustave Roussy

Marie-Cécile MOCELLIN

Directrice des Ressources Humaines

  
GUSTAVE ROUSSY  
Services des Ressources Humaines  
Marie-Cécile MOCELLIN  
Directrice des Ressources Humaines  
157 Boulevard Vaillant  
95741 VILLEJUIF Cedex  
APE : 8610 Z 00031

CGT

FO

Fontaine Christine 

UNSA

Chantal Janda 

nm 


ANNEXE 1  
LES COTISATIONS

nm 

AL CF

## Annexe 1 : Taux et Forfaits Frais de santé au 01/2025

Régime	Catégorie	Nature	Forfait/Taux	Type	% / Montant
ACTIFS	Salarié	Socle	Taux	Isolé	1,25%
	Salarié	Socle	Forfait	Isolé	4,73
	Salarié	Option	Forfait	Isolé	23,16
	Salarié	Surcomplémentaire	Forfait	Isolé	5,80
	Salarié	Socle	Taux	Famille	2,24%
	Salarié	Socle	Forfait	Famille	7,32
	Salarié	Option	Forfait	Famille	38,64
	Salarié	Surcomplémentaire	Forfait	Famille	7,95
	Conjoint	Socle	Forfait		56,76
	Conjoint	Option	Forfait		24,65
	Conjoint	Surcomplémentaire	Forfait		11,47
	Suspendu	Socle	Forfait	Isolé	60,13
	Suspendu	Option	Forfait	Isolé	36,63
	Suspendu	Surcomplémentaire	Forfait	Isolé	9,18
	Suspendu	Socle	Forfait	Famille	108,30
	Suspendu	Option	Forfait	Famille	71,96
	Suspendu	Surcomplémentaire	Forfait	Famille	14,79

nu   
 AL CF



**ANNEXE 2**  
**LES GARANTIES**

nm 

AL CF

Raison Sociale : GUSTAVE ROUSSY

Population concernée : Ensemble du Personnel

Date d'Effet : 1er janvier 2025

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dès lors qu'elle intervient et pour l'option responsable du contrat du socle collectif obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés (sauf pour les forfaits en € ou PMSS incluant celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale).

La prise en charge des prestations remboursées par la Sécurité sociale est assurée à minima à hauteur des obligations légales. Pour tous les actes complexes, nous vous conseillons de réaliser un devis avant d'engager des frais.



	SOCLE (Régime Responsable) y compris les remboursements de la Sécurité sociale	OPTION (Régime Responsable) y compris les garanties du socle	SURCOMPLEMENTAIRE (Régime Non responsable) en complément de l'option
<b>OPTIQUE</b>			
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et à la Notice d'information.			
<b>Équipement 100 % Santé (Classe A) *</b>			
2 verres + 1 monture	sans reste à charge	sans reste à charge	
Examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à charge	sans reste à charge	
<b>Équipement (2 verres + 1 monture) hors 100 % Santé (Classe B) *</b>			
Y compris le remboursement de la Sécurité sociale			
<b>Bénéficiaire âgé de 16 ans et plus</b>			
- par verre simple	60 €	110 €	
- par verre complexe	90 €	190 €	
- par verre très complexe	117 €	234 €	
- par monture de lunettes	90 € - RSS	100 € - RSS	
<b>Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans</b>			
- par verre simple	50 €	90 €	
- par verre complexe	60 €	120 €	
- par verre très complexe	95 €	190 €	
- par monture de lunettes	90 € - RSS	100 € - RSS	
- Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% BR	100% BR	
<b>Lentilles prescrites</b>			
Remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ****	3,45% PMSS / an / bénéficiaire (avec un minimum de 100% BR)	5,20% PMSS / an / bénéficiaire (avec un minimum de 100% BR)	
Non remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables - par an et par bénéficiaire ****	2,70% PMSS / an / bénéficiaire	4% PMSS / an / bénéficiaire	
Chirurgie optique réfractive (toute chirurgie des yeux) - forfait par œil, par an et par bénéficiaire	50 € / œil	600 € / œil	
<b>AIDE AUDITIVE</b>			
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et à la Notice d'information.			
<b>Équipement 100 % Santé (Classe I) *</b>			
Équipement hors 100 % Santé (Classe II) * remboursé par la Sécurité sociale	sans reste à charge	sans reste à charge	
Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale			
- Appareil auditif - par bénéficiaire âgé de 20 ans ou moins ou atteint de cécité (5)	122% BR	122% BR	
- Appareil auditif - par bénéficiaire âgé de plus de 20 ans	150% BR	350% BR	
<b>Accessoires et fournitures remboursés par la Sécurité sociale</b>			
	150% BR	350% BR	

Handwritten initials and signature.

Raison Sociale : GUSTAVE ROUSSY

Population concernée : Ensemble du Personnel

Date d'Effet : 1er janvier 2025

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dès lors qu'elle intervient et pour l'option responsable du contrat du socle collectif obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés (sauf pour les forfaits en € ou PMSS incluant celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale).

La prise en charge des prestations remboursées par la Sécurité sociale est assurée à minima à hauteur des obligations légales. Pour tous les actes complexes, nous vous conseillons de réaliser un devis avant d'engager des frais.



	SOCLE (Régime Responsable) y compris les remboursements de la Sécurité sociale	OPTION (Régime Responsable) y compris les garanties du socle	SURCOMPLEMENTAIRE (Régime Non responsable) en complément de l'option
<b>HOSPITALISATION en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie; hors chirurgie esthétique</b>			
<b>Frais de séjour</b>			
En établissement conventionné	100% BR	400% BR	
En établissement non conventionné	100% BR	400% BR	
<b>Honoraires</b>			
Praticien adhérent aux DPTM	145% BR	400% BR	
Praticien non adhérent aux DPTM	125% BR	200% BR	+200% BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (1)	100% du forfait	100% du forfait	
Forfait patient urgence (2)	100% du forfait	100% du forfait	
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	
<b>Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (3)</b>			
Hospitalisation hors ambulatoire - forfait par jour	60 € / jour	80 € / jour	
Hospitalisation en ambulatoire - forfait par jour	60 € / jour	80 € / jour	
<b>Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursés par la Sécurité sociale (3)</b>			
Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans - forfait par jour	100% FR	100% FR	
<b>Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)</b>			
Par enfant, doublé en cas de naissance ou d'adoption multiple	8% PMSS	10% PMSS	
<b>DENTAIRE (auprès d'un professionnel de santé)</b>			
Soins et prothèses 100 % Santé * (Reste à charge zéro)	sans reste à charge	sans reste à charge	
<b>Soins et prothèses hors 100% Santé (Tarifs maîtrisés et tarifs libres)</b>			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100% BR	100% BR	
Inlays-onlays - tarifs maîtrisés	125% BR limité à HLF	250% BR limité à HLF	
Inlays-onlays - tarifs libres	125% BR	250% BR	
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire **	Néant	100 € / an / bénéficiaire	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale			
- tarifs maîtrisés	370% BR limité à HLF	450% BR limité à HLF	
- tarifs libres	370% BR	450% BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines)	139,75 € / an / bénéficiaire	301 € / an / bénéficiaire	
<b>Orthodontie</b>			
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire (4)	200% BR	350% BR	
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres (4)	100% BRR	200% BRR	
<b>Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale</b>			
Scanner, pose de l'implant, par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire (pilier implant non pris en charge par la Sécurité sociale)	Néant	600 € / n° dent	

Raison Sociale : GUSTAVE ROUSSY

Population concernée : Ensemble du Personnel

Date d'Effet : 1er janvier 2025

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dès lors qu'elle intervient et pour l'option responsable du contrat du socle collectif obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés (sauf pour les forfaits en € ou PMSS incluant celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale).

La prise en charge des prestations remboursées par la Sécurité sociale est assurée à minima à hauteur des obligations légales. Pour tous les actes complexes, nous vous conseillons de réaliser un devis avant d'engager des frais.



	SOCLE (Régime Responsable) y compris les remboursements de la Sécurité sociale	OPTION (Régime Responsable) y compris les garanties du socle	SURCOMPLEMENTAIRE (Régime Non responsable) en complément de l'option
<b>SOINS COURANTS</b> auprès d'un professionnel de santé conventionné ou non			
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultation (y compris en ligne) et visite</b>			
Médecin généraliste adhérent aux DPTM	100% BR	400% BR	
Médecin généraliste non adhérent aux DPTM	100% BR	200% BR	+ 200% BR
Médecin spécialiste adhérent aux DPTM	145% BR	400% BR	
Médecin spécialiste non adhérent aux DPTM	125% BR	200% BR	+ 200% BR
Télesurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	
<b>Acte technique médical</b>			
Praticien adhérent aux DPTM	145% BR	400% BR	
Praticien non adhérent aux DPTM	125% BR	200% BR	+ 200% BR
<b>Acte d'imagerie médicale</b>			
Praticien adhérent aux DPTM	100% BR	400% BR	
Praticien non adhérent aux DPTM	100% BR	200% BR	+ 200% BR
<b>Honoraires paramédicaux remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux (pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-ortésistes)	100% BR	100% BR	
<b>Dispositif Mon soutien Psy</b>			
Consultation de Psychologue remboursée par la Sécurité sociale (6)	100% BR	100% BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
	100% BR	100% BR	
<b>Matériel médical</b>			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	150% BR	300% BR	
<b>Frais de transport sanitaire</b>			
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (7)	100% BR	100% BR	
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>			
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100% BR	100% BR + 100 € / an / bénéficiaire	
<b>Pharmacie</b>			
Médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale (8)	100% BR	100% BR	
Médicaments remboursés à 30 % par la Sécurité sociale (8)	100% BR	100% BR	
Médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale (8)	Néant	Néant	
Sevrage tabagique prescrit remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	
<b>Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale (9)</b>			
Médecine additionnelle - montant par séance - limité à 5 séances par an et par bénéficiaire (Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe)	25 € / séance	45 € / séance	
Consultation de Psychologue - pour les enfants à charge uniquement	Néant	65% des FR limités à 225 € / année civile / bénéficiaire	
<b>Actes de prévention (10)</b>			
	100% BR	100% BR	

Raison Sociale : GUSTAVE ROUSSY  
Population concernée : Ensemble du Personnel  
Date d'Effet : 1er janvier 2025



#### Lexique:

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.  
BRR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale reconstituée  
DPTM = dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées : ils sont définis dans les conditions générales et notice d'information.  
FR = Frais Réels : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.  
HLF = Honoraire Limite de Facturation : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné  
PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2024 : 3864 PMSS €).  
TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...), tels que définis à l'Article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(3) Hospitalisation médicale :

Pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos .... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365<sup>ème</sup> jour suivant ou en cas de séjour en psychiatrie au 180<sup>ème</sup> jour. A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. Les frais d'accompagnant sont remboursés sur présentation d'une facture.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

(5) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(6) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale : liste disponible sur [monsoutienpsy.sante.gouv.fr](https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr)

(7) Le Service mobile d'Urgence et de réanimation (SMUR) est une unité mobile chargée d'intervenir sur les lieux où un patient nécessite une prise en charge urgente. Le SMUR assure la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport du patient en situation d'urgence médicale vers un établissement de santé. Rattaché à un hôpital, le SMUR a pour mission de porter secours aux patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

(8) Prestations soumises aux tarifs opposables (tarifs sans dépassements d'honoraires). En cas d'exigence particulière du patient soumise à dépassement éventuel, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(9) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel et selon les dispositions prévues dans les Conditions générales et la Notice d'information.

(10) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur [ameli.fr](https://ameli.fr)).

\* Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations :

- en **dentaire** - les soins prothétiques 100% Santé sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, sous réserve que les professionnels de santé respectent les honoraires limites de facturation;
- en **optique** - les équipements 100% Santé de classe A sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente.
- en **aide auditive** - l'équipement 100% Santé de classe I est intégralement remboursé par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente.

La liste réglementaire des Classes A et B (équipement optique) et des Classes I et II (équipement auditif) est présente dans les Conditions générales et la Notice d'information.

Les équipements optiques de classe B et l'aide auditive de classe II sont remboursés dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

\*\* Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale inscrits à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

\*\*\*\* Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

Handwritten signatures and initials: "R", "CF", and a large signature with "33" below it.

ANNEXE 3  
LES EVOLUTIONS DES GARANTIES AU 01.01.2025

nu



AL

CF

# SYNTHESE EVOLUTIONS GARANTIES AU 01/01/2025

Libellé Garanties	SOCLE		OPTION Responsable		Commentaire
	Garanties Actuelles	Garanties au 01/01/2025	Garanties Actuelles	Garanties au 01/01/2025	
DENTAIRE					
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés : inlay-onlay	125 % BR limité à HLF		125 % BR limité à HLF	250 % BR limité à HLF	Baisse de la garantie optionnelle "Autres prothèses dentaires" de -70% pour <b>augmenter la garantie "Inlay-Onlay" de +125%</b> généralement de plus en plus utilisée et pour laquelle des restes à charge importants sont observés.
Prothèses dentaires à tarifs libres : inlay-onlay	125 % BR		125% BR	250% BR	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés : autres prothèses dentaires	370 % BR limité à HLF		520 % BR limité à HLF	450 % BR limité à HLF	
Prothèses dentaires à tarifs libres : autres prothèses dentaires	370 % BR		520% BR	450 % BR	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale - par semestre par bénéficiaire	200 % BR		300 % BR	350 % BR	Augmentation "Orthodontie" de +50%
Implant dentaire <u>(<b>pillier d'implant non pris en charge par le régime</b>)</u>				600€ / n° dent et maxi 3 implants par an	<b>Ajout</b> d'une nouvelle garantie "Implant dentaire" pour l'option (n° de dent = Chaque dent est numérotée > Un seul implant par n° de dent sera pris en charge par an.)
OPTIQUE					
par monture de lunettes - jusqu'à 15 ans révolus	100 € moins RSS	90 € moins RSS	100 € moins RSS		Baisse garantie monture de -10 € et verres simples de -10€ < 16 ans, -7€ >= 16 ans; Pour <b>augmenter la garantie verre complexe adulte du socle +17€ et Option +45€, ligne de garanties de plus en plus utilisée.</b>
par monture de lunettes - à compter du 16e anniversaire	100 € moins RSS	90 € moins RSS	100 € moins RSS		
par verre simple - jusqu'à 15 ans révolus	50 €		100 €	90 €	
par verre simple - à compter du 16e anniversaire	60 €		117 €	110 €	
par verre complexe - à compter du 16e anniversaire	73 €	90 €	146 €	190 €	Augmentation garantie de +500€ / œil
Chirurgie optique réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 € / œil		100 € / œil	600€ / œil	
AUTRES					
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe	20 € / séance / bénéficiaire Limité à 10 séances / an / bénéficiaire	25€ / séance Limité à 5 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance / bénéficiaire Limité à 10 séances / an / bénéficiaire	45€ / séance Limité à 5 séances / an / bénéficiaire	Baisse du nombres de séances : 10 -> 5 séances / an (plus de 90% des personnes font moins de 4 séances par an) <b>Augmentation prise en charge : socle +5€; Option +15€</b>
Consultation Psychologue non prise en charge par la Sécurité sociale pour les enfants à charge uniquement				65% des Frais réels limités à 225€ / année civile / bénéficiaire	Nouvelle garantie

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. RSS = Remboursement de la Sécurité sociale. HLF = Honoraires de facturation.

AL  
CF

