

ACCORD GROUPE RELATIF A LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Entre les sociétés du Groupe TIGF

- TIGF Holding SAS
- TIGF Investissements SAS
- TRANSPORT ET INFRASTRUCTURES GAZ France SA

Représentées par Monsieur Olivier ROBINET, Secrétaire Général groupe ayant reçu mandat de toutes les sociétés du Groupe TIGF pour la conclusion du présent accord

d'une part,

Et

Les Organisations Syndicales Représentatives au niveau du Groupe

- C.F.D.T représentée par le Coordinateur Syndical Groupe : *J. Mr. Paget Blaine*
- C.G.T. représentée par le Coordinateur Syndical Groupe : *S. MARCAJIER*
- C.G.T.-FO. représentée par le Coordinateur Syndical Groupe : *P. Mathieu*
- SICTAME- UNSA représenté par le Coordinateur Syndical Groupe : *F. BRAGUIEN*

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

1 511

F3 ph P.5

Sommaire

PREAMBULE	4
ARTICLE 1	OBJET 5
ARTICLE 2	CHAMP D'APPLICATION 5
TITRE 1.	ADHESION OBLIGATOIRE..... 5
ARTICLE 3	DISPOSITIF A ADHÉSION COLLECTIVE OBLIGATOIRE « DACO » 5
ARTICLE 3.1	BENEFICIAIRES 5
ARTICLE 3.2	CATEGORIES D'ADHESION..... 6
ARTICLE 3.2.1	SITUATIONS PARTICULIERES..... 6
ARTICLE 3.2.2	CHANGEMENT DE CATEGORIE D'ADHESION 7
ARTICLE 3.3	GRILLE DE PRESTATIONS 7
ARTICLE 3.4	COTISATIONS 7
ARTICLE 3.4.1	MONTANT DE LA COTISATION GLOBALE ET PRINCIPE DE REVALORISATION..... 7
ARTICLE 3.4.2	REPARTITION DE LA COTISATION..... 8
ARTICLE 3.4.3	REGIME FISCAL ET SOCIAL 8
TITRE 2.	ADHESION FACULTATIVE 9
ARTICLE 4	DISPOSITIF A ADHÉSION INDIVIDUELLE FACULTATIVE « DAIF » 9
ARTICLE 4.1	BENEFICIAIRES 9
ARTICLE 4.2	MODALITES D'ADHESION ET DE RESILIATION..... 9
ARTICLE 4.3	CATEGORIES D'ADHESION..... 9
ARTICLE 4.4	GRILLES DE PRESTATIONS 9

57
FB
P.E

9

ARTICLE 4.5	COTISATIONS	10
ARTICLE 4.5.1	TABLEAU DES BENEFICIAIRES	10
ARTICLE 4.5.2	EVOLUTION DE LA COTISATION	12
ARTICLE 4.5.3	EVOLUTION DE LA PARTICIPATION SOCIETE.....	12
ARTICLE 4.5.4	REGIME FISCAL ET SOCIAL	12
ARTICLE 4.5.5	MESURE SPECIFIQUE D'AIDE AUX VEUF/VEUVES	12
ARTICLE 5	DEFINITION DES AYANTS DROIT	13
ARTICLE 6	SUIVI DE LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ ET PILOTAGE.....	14
ARTICLE 6.1	SUIVI DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE.....	14
ARTICLE 6.2	PILOTAGE	14
ARTICLE 6.3	REEXAMEN PERIODIQUE DU CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR MUTUALISTE.....	15
ARTICLE 7	ENTREE EN VIGUEUR ET EFFETS CONTRACTUELS.....	15
ARTICLE 8	CONFORMITE REGLEMENTAIRE.....	15
ARTICLE 9	DEPOTS LEGAUX	16
ANNEXE 1 :	DEFINITION DU SALAIRE ANNUEL BRUT DE REFERENCE	17
ANNEXE 2 :	REVALORISATION DE LA COTISATION.....	18
ANNEXE 3 :	GRILLES DE PRESTATIONS TIGF ACTIFS	19
ANNEXE 4 :	TAUX D'APPEL DES COTISATIONS POUR L'EXERCICE 2014	22

PREAMBULE

Suite au changement d'actionnaires de la société TIGF SA, une nouvelle structure de gouvernance a été mise en place pour lui permettre un fonctionnement opérationnel autonome. Cette nouvelle réalité capitalistique s'est traduite, par la création de nouvelles sociétés, TIGF Investissements SAS, et TIGF Holding SAS, ayant des liens étroits avec la société TIGF SA au jour de la conclusion du présent accord.

Partant de cette nouvelle modélisation formée autour de TIGF Holding SAS, pour permettre aux salariés actuels et futurs des entreprises précitées, de bénéficier d'un ensemble de garanties sociales communes et d'une visibilité économique et sociale, les parties intéressées se sont réunies et sont convenues de reconnaître conventionnellement le groupe TIGF. Un accord a ainsi été conclu le 10 janvier 2014.

En outre, pour permettre aux salariés des entreprises du groupe TIGF de bénéficier de dispositifs sociaux communs, un accord Groupe conclu le 14 janvier 2014 porte engagement des négociations pour la constitution d'un socle social de groupe. Aux termes de cet accord, les parties signataires sont convenues d'adopter un dispositif de prévoyance complémentaire santé au profit des salariés des entreprises composant le groupe TIGF, sur des dispositions analogues à celles de TIGF SA en vigueur au jour de la signature du présent accord.

A cet effet les parties au présent accord se sont réunies et sont convenues de ce qui suit.

ST
FR
P.G

ARTICLE 1 . OBJET

Le présent accord a pour objet de permettre à chaque salarié, et anciens salariés des entreprises du Groupe TIGF telles qu'exposées à l'article 2, et à leurs ayants droit, de bénéficier d'une couverture santé complémentaire aux prestations versées par l'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale, via un organisme assureur mutualiste.

Le régime mis en place par le présent accord s'applique d'une part, à titre obligatoire, aux salariés des entreprises précitées inscrits aux effectifs et d'autre part, à titre facultatif, à différentes catégories d'assurés, notamment les anciens salariés.

ARTICLE 2 . CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord est applicable aux sociétés constituant le groupe TIGF. Soit à la date de signature du présent accord :

- TIGF Holding SAS
- TIGF Investissements SAS
- Transport et Infrastructures Gaz France (SA), TIGF SA

TITRE 1. ADHESION OBLIGATOIRE

ARTICLE 3 . DISPOSITIF A ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE (« DACO »)

Le dispositif à adhésion collective obligatoire (« DACO ») est commun aux adhérents de ce dispositif.

Article 3.1 Bénéficiaires

Sont adhérents au « DACO » les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord affiliés obligatoirement au régime général de la Sécurité sociale, liés par un contrat de travail sans condition d'ancienneté, indépendamment de leur situation, ainsi que leurs ayants droit.

Durant les périodes de suspension du contrat de travail non rémunérées, les salariés mentionnés à l'article 4.5.1. du présent accord (cas n°4.2. et 6), ne bénéficient pas du « DACO ».

Bénéficiaires du dispositif de portabilité des droits prévoyance

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord appliquent au 1^{er} juin 2014 le principe de portabilité des droits à prévoyance issu de la loi du n°2013-504 du 14 juin 2013 et de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013.

Par application de cet article, les salariés garantis collectivement par le présent accord bénéficient à titre gratuit du maintien de ces garanties en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils

sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues ci-dessus exposées et prévues à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 3.2 Catégories d'adhésion

Si le salarié est seul bénéficiaire des prestations, il relève de la catégorie d'adhésion dite « Isolé ».

Si le salarié et ses ayants droit sont bénéficiaires des prestations, le salarié relève de la catégorie d'adhésion dite « Famille ».

Article 3.2.1 Situations particulières

- Lorsque, deux conjoints, partenaires PACS ou concubins, sont tous deux salariés des entreprises comprises dans le champ d'application du présent accord ils sont affiliés au « DACO » dans les conditions suivantes :
 - l'un des conjoints adhère en catégorie « Famille ».
 - l'autre conjoint est affilié en tant qu'ayant droit.
- En dehors de la situation ci-dessus, les salariés dont tous les ayants droit bénéficient, par ailleurs, d'une couverture complémentaire santé à titre obligatoire peuvent adhérer en catégorie « Isolé ». Les salariés souhaitant bénéficier de cette dérogation doivent justifier auprès de l'entreprise, chaque année, de la couverture obligatoire dont bénéficient tous leurs ayants droit.
- Les salariés dont le seul ayant droit, conjoint, partenaire PACS ou concubin est couvert par un dispositif relevant du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels (dispositifs ouverts aux fonctionnaires et aux agents publics de l'État et de ses établissements), peuvent adhérer en catégorie « Isolé ».

SM
FR
P. G

- Le salarié souhaitant bénéficier de cette dérogation doit justifier auprès de l'entreprise, chaque année, de la couverture dont bénéficie son ayant droit, conjoint, partenaire PACS ou concubin.
Si le salarié a d'autres ayants droit, ce salarié cotise en catégorie « Famille ».
- Les salariés dont le seul ayant droit, conjoint, partenaire PACS ou concubin est couvert par un contrat d'assurance groupe souscrit par une association déclarée par la loi du 1^{er} juillet 1901 dans les conditions définies par la loi Madelin du 11 février 1994 (loi initiative et entreprise individuelle n°94-126) pour la couverture complémentaire santé au titre des risques maladie et chirurgie, peuvent adhérer en catégorie « Isolé ».
- Le salarié souhaitant bénéficier de cette dérogation doit justifier auprès de l'entreprise, chaque année, de la couverture dont bénéficie son ayant droit, conjoint, partenaire PACS ou concubin.
Si le salarié a d'autres ayants droit, ce salarié cotise en catégorie « Famille ».
- Les entreprises comprises dans le champ d'application du présent accord maintiendront aux salariés en situation de mobilité internationale, un niveau de garanties globalement équivalent.

Article 3.2.2 Changement de catégorie d'adhésion

Il appartient à l'employeur - en liaison avec l'organisme assureur mutualiste - de gérer les demandes de changement de catégorie d'adhésion.

L'employeur demande communication des documents justifiant le changement de catégorie d'adhésion et en accuse réception, avant toute mise en œuvre. Cette modification prend effet, au plus tôt, le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 3.3 Grille de prestations

Tous les adhérents au « DACO » bénéficient de la même grille de prestations (grille «TIGF Actifs ») présente en annexe n°3.

Article 3.4 Cotisations

Article 3.4.1 Montant de la cotisation globale et principe de revalorisation

Montant de la cotisation globale

La cotisation globale de l'année N se décompose de la manière suivante :

- 1- une cotisation forfaitaire exprimée en euros,
- 2- une cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence de l'année N-1 tel que défini à l'annexe n°1 du présent accord, pour sa part comprise entre 1 et 4 plafonds de la Sécurité sociale de l'année N¹

¹ PASS fixé à 37 548 € au 1^{er} janvier 2014

SM
FB km 5

Adhérents affiliés obligatoirement au régime général de la Sécurité sociale

	Adhérent en catégorie « Isolé »		Adhérent en catégorie « Famille »	
	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini
Au 1 ^{er} janvier 2014	860 € / an	0,64 %	1 720 € / an	1,28 %
A titre informatif :	Soit 71.67€/mois	0.64%	Soit 143.33€/mois	1.28%

Principe de revalorisation

La cotisation globale est revalorisée selon les dispositions prévues par le contrat avec l'organisme assureur mutualiste (extrait figurant en annexe n°2).

En cas d'évolution du périmètre de remboursement de la Sécurité sociale entre la date de signature du présent accord et son entrée en vigueur, le montant de la cotisation globale pourra être revalorisé.

Article 3.4.2 Répartition de la cotisation

La cotisation globale est répartie de la façon suivante :

- cotisation forfaitaire : **62%** à la charge de l'employeur / **38%** à la charge du salarié
- cotisation calculée sur le salaire : **65%** à la charge de l'employeur / **35%** à la charge du salarié.

Article 3.4.3 Régime fiscal et social

Les cotisations ci-dessus sont exprimées avant prélèvements sociaux (CSG, CRDS, ...)

Les cotisations sont soumises à la législation en vigueur en matière de traitement fiscal et social.

51
FB
P.E

TITRE 2. ADHESION FACULTATIVE

ARTICLE 4 . DISPOSITIF A ADHESION INDIVIDUELLE FACULTATIVE (« DAIF »)

Le dispositif à adhésion individuelle facultative (« DAIF ») est commun aux adhérents de ce dispositif.

Article 4.1 Bénéficiaires

Les catégories de bénéficiaires du « DAIF » sont énumérées dans le tableau figurant à l'article 4.5.1. du présent accord.

Article 4.2 Modalités d'adhésion et de résiliation

L'entreprise remet aux salariés un dossier d'information et d'adhésion, préalablement à leur passage en retraite. Les modalités d'adhésion sont déterminées par l'organisme assureur mutualiste, que les personnes intéressées sont invitées à contacter.

L'adhérent peut résilier son contrat à chaque échéance annuelle du 1^{er} janvier, en respectant un préavis de deux mois. La résiliation est définitive.

A titre informatif et selon les modalités proposées par l'organisme assureur mutualiste, au terme de son adhésion (au DAIF), l'adhérent pourra demander à bénéficier du régime d'accueil à adhésion facultative mis en place le cas échéant par ledit organisme. L'adhésion est à effet immédiat, le choix d'adhésion au régime d'accueil doit être effectué six mois au plus tard après résiliation du contrat spécifique à adhésion facultative (DAIF). Le choix du régime d'accueil est définitif.

Article 4.3 Catégories d'adhésion

Si l'adhérent est seul bénéficiaire des prestations, il relève de la catégorie d'adhésion dite « Isolé ».

Si l'adhérent et ses ayants droit sont bénéficiaires des prestations, l'adhérent relève de la catégorie d'adhésion dite « Famille ».

Il appartient à l'organisme assureur mutualiste de gérer les demandes de changement de catégorie d'adhésion. Ce dernier devra demander communication des documents justifiant ce changement, avant toute mise en œuvre. Cette modification ne prendra effet, au plus tôt, que le premier jour du mois suivant la réception de cette demande.

Article 4.4 Grilles de prestations

Les adhérents au « DAIF » bénéficieront de la grille de prestations « TIGF Inactifs » présente en annexe n°3. Cette annexe prévoit également le montant des cotisations.

SM
FR
M
G

Article 4.5 Cotisations

La cotisation varie en fonction de la catégorie d'adhésion et de la situation de l'adhérent

Article 4.5.1 Tableau des bénéficiaires

Bénéficiaires du « DAIF »	Rapport cotisation « Isolé »/« Famille »	Montant de la cotisation versée à l'organisme	Montant de la participation Société en année N
<p>Cas 1. Les membres du personnel partant en retraite à compter de la date d'effet du présent accord sous réserve d'en faire la demande dans les délais prévus par la réglementation et les dispositions contractuelles avec l'organisme assureur mutualiste.</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour la grille TIGF actifs / TIGF retraités</p>	<p>La participation Société est égale à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - catégorie « Isolé » : 366,48 € par an soit 30,54 € par mois, - catégorie « Famille » : 732,96 € par an soit 61,08 € par mois. <p>Le montant de la participation est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revalorisé selon les dispositions de l'article 3.5.3. du présent règlement et - réduite à compter du 1er janvier de l'année N+2 (année N = année d'adhésion) de 4% du montant revalorisé, pendant 10 ans.
<p>Cas 2.1. Le conjoint, à défaut le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou le concubin, de l'adhérent au DACO ou au DAIF au moment de son décès, sauf en cas de changement de la situation familiale de cette personne (mariage, PACS, concubinage), et l'(es) enfant(s) qui état(en)t reconnu(s) à charge de l'adhérent au moment de son décès tant qu'il(s) continue(nt) à remplir les conditions d'âge (ou handicapés quel que soit leur âge) et de ressources (cf. article 5 point n°4 relatif aux ayants droit). Ces adhérents sont appelés « adhérents dérivés de type 1 ».</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour la grille TIGF actifs / TIGF retraités,</p>	<p>Les dispositions du cas n°1 sont applicables aux cas n°2.1. sous réserve que l'adhérent au DACO ou au DAIF au moment de son décès bénéficie d'une participation de la société lors de son départ à la retraite.</p>
<p>Cas 3. Les anciens membres du personnel des sociétés entrant dans le champs d'application du présent accord, lorsqu'ils sont privés d'emploi et bénéficient d'un revenu de remplacement (Pôle Emploi), sous réserve d'en faire la demande dans les délais prévus par la réglementation et/ou dans les délais prévus par l'organisme assureur mutualiste à l'issue de la période de portabilité (cf. article 2.1. du présent règlement).</p>	<p>Cotisation « Famille » = 1,5 fois la cotisation « Isolé »</p>	<p>Cotisations standard en vigueur du régime DAIF pour la grille TIGF actifs / TIGF retraités</p>	<p>Aucune participation applicable.</p>

Bénéficiaires du « DAIF »	Rapport cotisation « Isolé »/« Famille »	Montant de la cotisation versée à l'organisme assureur mutualiste	Montant de la participation Société en année N
<p>Cas 4.1. Les anciens membres du personnel invalides radiés des effectifs des sociétés parties au présent accord, sous réserve qu'ils bénéficient, à la date d'effet de l'accord, d'une couverture complémentaire santé mise en place par l'une des sociétés entrant dans le champ d'application du présent accord,</p>			
<p>Cas 4.2. Les anciens membres du personnel invalides non radiés des effectifs des sociétés parties au présent accord collectif sous réserve à la date de leur passage en invalidité : - qu'ils bénéficient, d'une couverture complémentaire santé mise en place par l'une des sociétés entrant dans le champs d'application du présent accord collectif - qu'ils ne bénéficient d'aucune rémunération, - et d'en faire la demande au service du personnel</p>	Cotisation « Isolé » = 1/2 cotisation « Famille »	Cotisation forfaitaire en vigueur des adhérents au « DACO » pour la grille TIGF actifs / TIGF retraités	Participation Société = participation Société afférente à la cotisation forfaitaire dont bénéficient les adhérents au « DACO »
<p>Cas 5. Successivement, les enfants orphelins de père et de mère qui étaient reconnus à charge de l'adhérent au moment de son décès tant qu'ils continuent à remplir les conditions d'âge (ou handicapés quel que soit leur âge) et de ressources (cf. article 5 point n°4 relatif aux ayants droit). Ces adhérents sont appelés « adhérents dérivés de type 2 ».</p>			
<p>Cas 6. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération.</p>			

Article 4.5.2 Evolution de la cotisation

La cotisation est revalorisée selon les dispositions prévues par le contrat avec l'organisme assureur mutualiste (extrait figurant en annexe n°2).

En cas d'évolution du périmètre de remboursement de la Sécurité sociale entre la date d'effet du présent accord et son entrée en vigueur, le montant de la cotisation peut être revalorisé.

Article 4.5.3 Evolution de la participation Société

La participation Société est revalorisée du même pourcentage que la cotisation de l'année N sans que cette revalorisation excède le « taux moyen pondéré des augmentations générales résultant de l'accord salaire de l'année N », résultant de l'accord salarial de l'entreprise TIGF SA à défaut d'accord résultant d'une négociation au niveau du groupe TIGF.

A cet effet, la Direction publiera chaque année cet indicateur.

A titre informatif, le taux moyen de l'augmentation générale de l'année N prend en compte l'effectif de chaque catégorie relevant d'un taux distinct au 31/12/ N-1

En cas de décès de l'adhérent, la réduction de la participation Société s'applique jusqu'au terme des dix années sur la catégorie d'adhésion de l'adhérent dérivé, qu'il y ait ou non un changement de catégorie d'adhésion. La participation Société dont bénéficie « l'adhérent dérivé de type 1 » continue de décroître pendant le nombre d'années restant à courir.

Exemple : le décès de l'adhérent au « DAIF » intervient après 4 ans de dégressivité. Pour « l'adhérent dérivé de type 1 », il sera fait application du montant de la participation Société atteint au moment du décès, s'il ne change pas de catégorie d'adhésion. Cette participation continuera de décroître encore pendant 6 ans.

S'il y a changement de catégorie d'adhésion (passage de « Famille » à « Isolé »), le même principe sera appliqué (6 ans de dégressivité). Toutefois, le montant pris en compte sera celui de la participation Société correspondant à la catégorie « Isolé », c'est-à-dire le montant atteint après 4 ans de dégressivité.

Article 4.5.4 Régime fiscal et social

Les cotisations sont soumises à la législation en vigueur en matière de traitement fiscal et social.

L'organisme assureur mutualiste fournit une fois par an aux adhérents un échéancier faisant apparaître notamment le montant de la participation Société.

Article 4.5.5 Mesure spécifique d'aide aux veufs/veuves

Le conjoint, le partenaire PACS ou le concubin de l'adhérent au moment de son décès, sauf en cas de changement de situation familiale de cette personne (mariage, PACS, concubinage), dont le revenu imposable annuel (pension(s) de réversion incluse(s)) est inférieur ou égal à 14 893 € par an au 1^{er} janvier 2013 (dernier avis d'imposition à présenter à l'organisme assureur mutualiste) a droit au doublement de la participation société.

Ce plafond de 14 893 € est indexé sur le taux moyen pondéré des augmentations générales résultant de l'accord salaire de l'année N appliqué par TIGF SA à défaut d'accord résultant d'une négociation au niveau du groupe TIGF.

Un bilan de cette mesure est réalisé par la commission de suivi de la complémentaire santé.

ARTICLE 5 – DEFINITION DES AYANTS DROIT

Ont la qualité d'ayants droit des adhérents au « DACO » ou au « DAIF », en catégorie « Famille », les personnes suivantes :

1. Le conjoint de l'adhérent

ou

2. Le partenaire PACS (ci-après dénommé « assimilé »)

ou

3. Le concubin de l'adhérent : c'est-à-dire la personne vivant maritalement avec l'adhérent, sous le même toit, (ci-après dénommée « assimilé »), sous réserve de fournir une preuve de vie commune et une attestation sur l'honneur signée par les deux concubins.

L'adhérent ne pourra déclarer qu'un concubin par année civile.

La condition de vie maritale est supprimée si un enfant est né de cette union libre ou si le concubin est considéré par la Sécurité sociale comme couvert par l'adhérent (indiqué sur l'attestation de Sécurité sociale de l'adhérent).

4. Et les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint ou assimilé.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis :

- de moins de 21 ans,
- ou de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont titulaires d'un contrat de travail en alternance et dont les ressources sont inférieures au SMIC annuel.
- S'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être fiscalement à charge du membre participant du fait de leur prise en compte dans la détermination de son quotient familial,
 - avoir atteint l'âge de 16 ans et avoir demandé à être affiliés de façon autonome au sein du régime de Sécurité sociale dont relève le parent dont ils dépendent, et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie,
 - être considérés par la Sécurité sociale comme couverts par l'adhérent, son conjoint ou assimilé (indiqués sur l'attestation de Sécurité sociale de l'adhérent et/ou de son conjoint),
 - les enfants non mariés, de moins de 26 ans, à la recherche d'un premier emploi durant les six mois qui suivent la fin de leurs études sous réserve de produire une attestation d'inscription à Pôle Emploi,
 - quel que soit leur âge, les enfants handicapés avant 21 ans (ou qui le deviennent avant 26 ans pour ceux qui poursuivent des études) ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou percevant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou seraient susceptibles d'y ouvrir droit ou de la percevoir si leurs ressources ne dépassaient pas le plafond de ressources prévu par la loi).
 - Les enfants majeurs qui prennent l'option de déclarer personnellement leurs revenus à l'administration fiscale sont considérés à charge s'ils remplissent les conditions ci-dessus.
 - Les enfants de l'adhérent rattachés fiscalement au partenaire PACS ou au concubin avec qui il vit en raison de l'option prévue par la législation fiscale sont considérés à charge s'ils remplissent les conditions ci-dessus.
 - Est également considéré comme enfant à charge, l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès de l'adhérent.
 - Les petits-enfants de l'adhérent, de son conjoint ou assimilé, à charge au sens de l'article L.313-3, 4° du Code de la sécurité sociale.

- o Les ascendants de l'adhérent, de son conjoint ou assimilé, à charge au sens de l'article L.313-3, 4° du Code de la sécurité sociale.
- o Les collatéraux au 2ème degré (frères et sœurs) et au 3ème degré (oncles et tantes) de l'adhérent, de son conjoint ou assimilé, à charge au sens de l'article L.313-3, 4° du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 6 – SUIVI DE LA COMPLEMENTAIRE SANTÉ ET PILOTAGE

Article 6.1 Suivi de la complémentaire santé

Le suivi des résultats des régimes complémentaire santé visés par le présent accord collectif est assuré par une commission de suivie, se réunissant 2 fois par an, composée comme suit :

- 4 représentants de la Direction
- 2 représentants par Organisation Syndicale représentative au sein du groupe TIGF

Cette présentation est l'occasion :

- d'examiner les comptes annuels de résultats du contrat d'assurance sur la base des résultats, données, statistiques et, le cas échéant, de données complémentaires utiles aux travaux de la commission, fournis par l'organisme assureur mutualiste. Au cours de cette réunion, sont examinées les éventuelles ressources excédentaires résultant du fonctionnement du contrat d'assurance et leur utilisation.

Les documents correspondants seront adressés aux représentants salariés de la commission de suivi 15 jours au moins avant la date de la réunion. A cette fin, la commission peut solliciter la présence de représentants de l'organisme assureur mutualiste pour présentation et commentaires sur l'évolution du dispositif ainsi que celle d'un expert désigné d'un commun accord entre la Direction et les représentants des Organisations syndicales représentatives au niveau du groupe.

- d' informer et débattre en tant que de besoin de l'évolution des niveaux de cotisations et des garanties applicables, notamment des résultats estimés des comptes, des modifications ou adaptations rendues nécessaires ou souhaitables par des changements de réglementation (ex : désengagement de la Sécurité sociale, contraintes légales liées à l'application de directives européennes, etc...) et, le cas échéant, des changements de périmètre, avant mise en œuvre des évolutions éventuelles de cotisations.
- de faire, chaque année, le bilan des mesures d'action sociale prises par l'organisme assureur mutualiste pour les adhérents et leurs ayants droit.
- d'être informé, le cas échéant, de tout projet de résiliation du contrat d'assurance.

Article 6.2 Pilotage

Les évolutions ultérieures concernant d'une part le niveau des prestations et d'autre part le financement du régime relèvent de la négociation entre la Direction et les Organisations syndicales représentatives au niveau du groupe TIGF.

Article 6.3 Réexamen périodique du choix de l'organisme assureur mutualiste

Conformément aux dispositions légales applicables, et notamment aux articles L.912-1 et L.912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties conviennent de se réunir au minimum tous les cinq ans à compter de la date de signature du présent accord, pour examiner s'il est nécessaire de revoir le choix de l'organisme qui assure les garanties.

ARTICLE 7 Entrée en vigueur et effets contractuels

➤ Entrée en vigueur

Le présent dispositif est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur dès sa date de signature.

➤ Effets contractuels

L'ensemble des dispositions du présent accord se substitue de plein droit à toutes dispositions de même nature ou ayant le même objet antérieurement applicables aux salariés des entreprises du Groupe TIGF et relatives aux dispositions objets du présent accord, qu'elles soient issues d'accords collectifs d'entreprise, d'usages et de décision unilatérale de l'employeur.

ARTICLE 8 Conformité réglementaire

Les parties conviennent de se revoir afin d'intégrer au présent accord, le cas échéant, les éventuelles modifications législatives et réglementaires concernant les contrats complémentaires santé, liées à l'exécution de la loi de sauvegarde de l'emploi du 14 juin 2013.

SA
P.G
FB

ARTICLE 9 Dépôts légaux

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du Code du travail, le présent avenant sera déposé à la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) des Pyrénées Atlantiques et auprès du secrétariat du greffe du Conseil de prud'hommes de Pau.

Fait à Pau, en dix exemplaires le : 8 octobre 2014

Pour les sociétés du Groupe TIGF

- TIGF Holding SAS
- TIGF Investissements SAS
- TRANSPORT ET INFRASTRUCTURES
GAZ France SA

Le Secrétaire Général groupe
Monsieur Olivier ROBINET




Pour les Organisations Syndicales Représentatives au niveau du Groupe

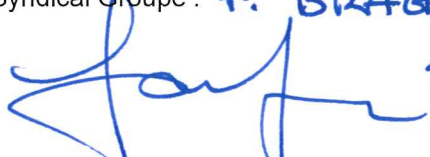
Fédéchime et Fédération de l'Energie et
des Mines C.G.T- FO. représentées par
le Coordinateur Syndical Groupe :


P.O. : Philippe GIL


Fédération Chimie - Energie C.F.D.T
représentée par le Coordinateur Syndical
Groupe :

Jean Marie Poger Blanc


Union Fédérale des Industries du Pétrole
et des Activités Connexes- SICTAME
UNSA représentée par le Coordinateur
Syndical Groupe :

F. BRAGUIER


Fédération Nationale Mines Energies -
C.G.T représentée par le Coordinateur
Syndical Groupe

S. MARCADIER


4

ANNEXE 1 : DEFINITION DU SALAIRE ANNUEL BRUT DE REFERENCE

Article 1. Pour les adhérents au « DACO »

Le salaire de référence servant de base de calcul à la participation employeur ou société de la cotisation est constitué par la rémunération annuelle brute de référence de l'année N-1 telle que définie ci-dessous :

- 12 fois ou 13 fois (en fonction du rythme de paiement) le salaire de référence comprenant : le traitement mensuel, les primes d'ancienneté et la prime de quart éventuelle.

Auquel s'ajoute,

- 13 fois l'éventuelle indemnité mensuelle de substitution à la prime de quart
- la prime de vacances (hors majoration enfant),

et,

- le bonus ou la part variable,

Article 2. Cas Particuliers

Pour le personnel travaillant à temps partiel, le personnel embauché en cours d'année et le personnel en dispense d'activité (notamment Cessation Anticipée d'Activité) le salaire de référence permettant le calcul des cotisations est la rémunération annuelle brute telle qu'exposée à l'article 1 reconstituée à temps plein (base 100%).

Pour les adhérents visés aux cas 4.1, cas 4.2, cas 5 et cas 6 de l'article 4.5.1., le salaire annuel de référence est égal au PASS.

Pour le personnel dont le contrat est suspendu avec maintien total, partiel ou dégressif de leur rémunération, les cotisations sont calculées sur la base de la rémunération annuelle brute telle qu'exposée à l'article 1 reconstituée à temps plein (base 100%). Sont visés les dispositifs permettant aux salariés de cesser leur activité de manière anticipée tout en continuant à percevoir une rémunération jusqu'au départ en retraite, quelle que soit l'appellation du dispositif.

4.1

SM / ph
FB P.G

ANNEXE 2 : REVALORISATION DE LA COTISATION (Extrait des contrats TIGF – Organisme assureur mutualiste)

La tarification pourra évoluer dans les cas définis ci-après :

1 Révision des cotisations

L'évolution nationale des dépenses de santé est répercutée au 1^{er} janvier de chaque année sur les cotisations hors taxes et hors frais de gestion sur la base de la croissance des dépenses de santé de l'ONDAM prévisionnel (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) voté par le Parlement pour l'année en cours.

Cette indexation est indépendante des impacts liés aux évolutions du périmètre de remboursement de la Sécurité sociale et des ajustements techniques qui pourront intervenir en fonction des résultats constatés du contrat ou en fonction d'une consommation de la population de TIGF bénéficiant du présent contrat qui évoluerait différemment de la consommation nationale.

2 Evolution du périmètre de remboursement de la Sécurité sociale

Les évolutions du périmètre de la Sécurité sociale impactant le remboursement complémentaire sont répercutées tous les ans, le 1^{er} janvier. Les évolutions prises en compte chaque année sont celles qui sont mises en place avant le dernier jour du mois m-3 (31 octobre pour le 1^{er} janvier) ou prévues par la Loi de Financement de la Sécurité sociale.

Les modifications intégrées pour la répercussion des évolutions de périmètre de la sécurité sociale prendront en compte les effets du différé dans le temps de l'application de ces modifications.

3 Prise en compte de l'équilibre technique du contrat

La Mutuelle tiendra compte de l'équilibre technique du contrat pour faire évoluer sa tarification initiale. Celle-ci sera revue chaque année au 1^{er} janvier en fonction des évolutions des remboursements de santé effectués et des dispositions législatives et réglementaires constatées.

Les demandes de révision devront être communiquées par la Mutuelle au Souscripteur au moins deux mois avant le début de l'exercice concerné.

4 Modification du périmètre contractuel

Les parties conviennent que la tarification pourra être revue à l'échéance contractuelle suivante en cas de modification du périmètre contractuel entraînant la sortie ou l'entrée d'une population de membres participants représentant 20 % ou plus de l'effectif initial.

Dans ce cas, une nouvelle pesée actuarielle sera établie. Cette pesée actuarielle aura pour objectif de prendre en compte les évolutions démographiques éventuelles (âge moyen, sexe, composition familiale) sur la tarification technique initiale.

507
173
P.G

ANNEXE 3 : GRILLES DE PRESTATIONS TIGF ACTIFS

(A titre d'information au 01/06/2014)

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables, et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29 septembre 2005, 2007-1937 du 26 décembre 2007). Ne sont ainsi pas prises en charge :

- la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro au 01.01.2005),
- les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 euro par boîte de médicaments et par acte d'austères médicaux, 2 euros par transport, au 01.01.2005).

GARANTIES	Remboursement Sécurité sociale du régime général	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE
CONSULTATION - VISITE OMMIPLATISME, SPECIALISTE		
Secteur conventionné sans dépassement	70% TC / 100% TC	100% TC - Rbt SS
Secteur conventionné avec dépassement - Généraliste	70% TC / 100% TC	200% TC - Rbt SS
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - Spécialiste	70% TC / 100% TC	400% TC - Rbt SS
Secteur non conventionné	70% TA	150% TCR
Professeurs de médecine - secteur conventionné	70% TC / 100% TC	400% TC - Rbt SS
Professeurs de médecine - secteur non conventionné	70% TA	120% TCR - Rbt SS
Transports médicaux	65% TC	100% TC - Rbt SS
ACTES MÉDICO-CHIRURGICAUX (actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)		
Conventionnés	70% BR	100% BR - Rbt SS
Conventionnés avec dépassement autorisé	70% BR	350% BR - Rbt SS
Non conventionnés	70% BR	150% BR
ANALYSES, MANIPULATIONS, AUCILLES MÉDICALES		
Conventionnés	60% TC / 70% TC	100% TC - Rbt SS
Non conventionnés	60% TA / 70% TA	100% BR
DAN(D)LOGIE / ACTES PARAMÉDICAUX MÉDICAUX ET ACTES PRÉVENTIFS		
Conventionnés avec dépassement autorisé	70% BR	125% BR - Rbt SS
Non conventionnés	70% BR	100% BR
PHARMACIE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE (application du TFR)		
	15% / 20% / 65%	65% / 70% / 35%
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2005 sont remboursées dans les conditions de prise en charge des garanties souscrites		
PROTHÈSES / ORTHOPÉDIE		
Avec accord de la Sécurité sociale	60% TC / 100% TC	100% des FR jusqu'à 350% du TC, 75% des FR de 350 à 500% du TC et 50% des FR entre 500 et 1000% du TC (1 prothèse droite et 1 prothèse gauche tous les 4 ans)
Sans accord de la Sécurité sociale	-	15% PMSS par prothèse
AUTRES PROTHÈSES : ORTHOPÉDIE		
	65% TC / 100% TC (AT)	350% TC par prothèse
OPTIQUE		
Monture adulte (1 tous les 2 ans par personne) (hors monture solaire)	60% TC	150 € / personne
Monture enfant (2 par an et par personne) (hors monture solaire)	60% TC	120 € / an / enfant
Verres (1 paire de verres / an / personne)	60% TC	se reporter à la grille Optique (2)
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par personne	60% TC	200 € / an / personne
DENTAIRE (dans la limite d'un plafond annuel de 100% du PMSS par bénéficiaire hors "Consultations, soins et actes dentaires" et hors "Prothèse non remboursée")		
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR - Rbt SS
Intays-Onlays (INO)	70% BR	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	70% BR	100% des FR jusqu'à 400% de la BR, 75% des FR de 400 à 500% de la BR et 50% des FR entre 500 et 600% de la BR - Rbt SS
Bridge de base (3 éléments) remboursé par la Sécurité sociale	70% BR	
Intermédiaire de bridge supplémentaire (1)	70% BR	350 €
Intays Core (IC) - Intai à 1 action	70% BR	200% BR - Rbt SS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	forfait annuel 150 €
Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	-	variant
Implantologie :		
racine - Intai à 2 actes/an	-	620 €
pièce implantaire - Intai à 2 actes/an	-	315 €
travaux implantaires	-	70 €/an
couronne sur implant	70% BR	100% des FR jusqu'à 400% du BR, 75% des FR de 400 à 500% du BR et 50% des FR entre 500 et 600% du BR - Rbt SS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% TC	100% des FR jusqu'à 300% du TC, 75% des FR de 300 à 420% du TC et 50% des FR entre 400 et 500% du TC - Rbt SS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	30% TCR
CHIRURGIE FRAIS CHIRURGICAUX (y compris la chirurgie réfractive remboursée par la SS)		
Établissement conventionné sans dépassement	80% BR / 100% BR	100% BR - Rbt SS
Établissement conventionné avec dépassement	80% BR / 100% BR	100% FR jusqu'à 400% de la BR - Rbt SS
Établissement non conventionné	80% BR / 100% BR	100% FR jusqu'à 250% de la BR reconstruite, 70% du RAC de 250% à 400% de la BR reconstruite - Rbt SS équivalent
HOSPITALISATION		
Hébergement en établissement conventionné - Frais de séjour	80% BR / 100% BR	100% BR - Rbt SS
Hébergement en établissement non conventionné - Frais de séjour	80% BR / 100% BR	100% BR - Rbt SS équivalent
Forfait hospitalier	-	100%
Supplément chambre particulière sans chirurgie (hors ambulatoire)	-	60 € / jour
Supplément chambre particulière en chirurgie (hors ambulatoire)	-	100€ / jour pour les actes ADC dont BR=167€
Frais d'accompagnement enfant / personne âgée	-	110€ / jour pour les actes ADC dont BR=167€
Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)	80% TC	50 € / jour
Supplément de séjour consécutif à une hospitalisation	-	100% TC - Rbt SS
	-	+ 20 € / jour pendant 30 jours maximum
INDICES CHIRURGICAUX / ORTHOPÉDIE / DENTAIRES / OPTIQUE		
Hébergement	-	200 € / an / personne
Transport	65% TC	100% TC - Rbt SS
Frais établissement thermal	65% TC	100% TC - Rbt SS
Honoraires médicaux	70% TC	100% TC - Rbt SS
MATERNITÉ		
	-	Chambre particulière dans la limite de 110€ / jour et frais restant à charge dans la limite de 1,25% PMSS
AUTRES		
Amiocentésés refusés (femmes âgées de moins de 38 ans)	-	150 € / acte
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	Forfait annuel de 80 €
Vaccins de la liste des actes préventifs du décret du 8 juin 2006 (3)	-	100% des FR (plafond 2% PMSS / an)
Consultations non remboursées d'ostéopathes ou de chiropraticiens	-	30 € par consultation (max 4 par an/bénéficiaire)
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	-	80% FR (max remboursement 1.000 € / œil)

(1) Application de la CGAM : Sécurité et traitement intermédiaire de bridge sans participation Sécurité sociale (BR = 0)

(2) Grilles Optiques - sur présentation d'une copie de l'ordonnance et de l'original de la facture

Verres unifocaux (exemple Boyer)	Grilles		Cylindre	Rbt / verre
	Classe 1	Puissance sphère		
Verres multifocaux (progressif)	Classe 1	0 à 2	≤ 2	80 €
	Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €
	Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €
	Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €
	Classe 5	8,25 à 10	≤ 2	250 €

(3) Diphtérie, tétanos, poliomyélite / Coqueluche, Hépatite B < 14 ans/ DCG < 6 ans/ Rubéole adolescentes.../Hémophilus inf B/ infections pneumococques < 18 mois
 PMSS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
 TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes conventionnés) / TCR : Tarif de Convention Reconstruit pour le secteur 3 (égal au TC)
 TA : Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur 3)
 TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique
 FR : Frais Réels / RAC : Remb à charge / AT : Accident de travail / -Rbt SS : moins remboursement de la Sécurité sociale
 BR : Base de remboursement correspondant au tarif de la Sécurité sociale dans la CGAM et la TJA
 BRP : Lettre de Sécurité sociale concernant les actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien dentiste
 ADC : Actes de Chirurgie
 Les remboursements du régime complémentaire sont limités au montant des frais réels déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale

NB : Les cotisations sont ici données à titre informatif et valables uniquement pour l'exercice 2014. A compter du 1^{er} janvier 2015, les cotisations mentionnées à l'article 3.4.1 sont applicables.

M
P.G
FR

GRILLES DE PRESTATIONS TIGF INACTIFS (à titre d'information au 01/06/2014)

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables, et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29 septembre 2005, 2007-1937 du 26 décembre 2007). Ne sont ainsi pas prises en charge :

- la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro au 01.01.2005),
- les majorations (déplacement autorisé d'honneur, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- les franchises médicales à la charge du membre participant (0,55 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 2 euros par transport, au 01.01.2008).

GARANTIES	Remboursement Sécurité sociale du régime général	REGIME COMPLEMENTAIRE
CONSULTATION - VISITE OMBRIERATCIEN, SPECIALISTE		
Secteur conventionné sans dépassement	70% TC / 100% TC	100% TC - Rbt SS
Secteur conventionné avec dépassement - Généraliste	70% TC / 100% TC	200% TC - Rbt SS
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - Spécialiste	70% TC / 100% TC	400% TC - Rbt SS
Secteur non conventionné	70% TA	150% TCR
Professeurs de médecine - secteur conventionné	70% TC / 100% TC	400% TC - Rbt SS
Professeurs de médecine - secteur non conventionné	70% TA	170% TCR - Rbt SS
Transports médicaux	55% TC	100% TC - Rbt SS
ACTES DE SPECIALITE (actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)		
Conventionnés	70% BR	100% BR - Rbt SS
Conventionnés avec dépassement autorisé	70% BR	350% BR - Rbt SS
Non conventionnés	70% BR	150% BR
ANALYSES, LABORATOIRES, AUXILIAIRES MEDICAUX		
Conventionnés	50% TC / 70% TC	100% TC - Rbt SS
Non conventionnés	50% TA / 70% TA	100% BR
BIEN-ÊTRE (soins d'entretien médicaux et autres d'entretien)		
Conventionnés avec dépassement autorisé	70% BR	125% BR - Rbt SS
Non conventionnés	70% BR	100% BR
PHARMACIE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE (application du TFR)		
	15% / 30% / 65%	55% / 70% / 35%
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge des garanties souscrites		
PROTHÈSES AUDITIVES		
Avec accord de la Sécurité sociale	50% TC / 100% TC	100% des FR jusqu'à 350% du TC, 75% des FR de 150 à 500% du TC et 50% des FR entre 500 et 1000% du TC (1 prothèse droite et 1 prothèse gauche tous les 4 ans)
Sans accord de la Sécurité sociale	-	15% PMSS par prothèse
AUTRES PROTHÈSES : ORTHOPÉDIE		
	50% TC / 100% TC (AT)	350% TC par prothèse
OPTIQUE		
Monture adulte (1 tous les 2 ans par personne) (hors monture solaire)	50% TC	150 €/personne
Monture enfant (2 par an et par personne) (hors monture solaire)	50% TC	130 €/enfant
Vernes (1 paire de verres / an / personne)	50% TC	se reporter à la grille optique (2)
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par personne	50% TC	200 €/an / personne
DENTAIRE (dans la limite d'un plafond annuel de 100% du PMSS par bénéficiaire hors "odontologie non remboursée" et hors "implantologie non remboursée")		
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR - Rbt SS
Inlays-Onlays (INO)	70% BR	100% des FR jusqu'à 400% du BR, 75% des FR de 400 à 500% du BR et 50% des FR entre 500 et 600% du BR - Rbt SS
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	70% BR	
Bridge de base (3 éléments) remboursé par la Sécurité sociale	70% BR	360 €
Intermédiaire de bridge supplémentaire (1)	70% BR	200% BR - Rbt SS
Inlays Core (ICO) - limité à 3 actes/an	70% BR	Forfait annuel 150 €
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	Néant
Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	-	
Implantologie	-	
racine - limité à 2 actes/an	-	620 €
pilier implantaire - limité à 2 actes/an	-	310 €
travaux implantaires	-	70 €/an
couronne sur implant	70% BR	100% des FR jusqu'à 400% du BR, 75% des FR de 400 à 500% du BR et 50% des FR entre 500 et 600% du BR - Rbt SS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% TC	100% des FR jusqu'à 300% du TC, 75% des FR de 300 à 400% du TC et 50% des FR entre 400 et 500% du TC - Rbt SS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	305% TCR
CHIRURGIE FRAIS CHIRURGICAUX (y compris la chirurgie réfractive remboursée par la SS)		
Établissement conventionné sans dépassement	80% BR / 100% BR	100% BR - Rbt SS
Établissement conventionné avec dépassement	80% BR / 100% BR	100% FR jusqu'à 400% de la BR - Rbt SS
Établissement non conventionné	80% BR / 100% BR	100% FR jusqu'à 250% de la BR réconstituée, 70% du RAC de 250% à 400% de la BR réconstituée - Rbt SS équivalent
HOSPITALISATION		
Hébergement en établissement conventionné - Frais de séjour	50% BR / 100% BR	100% BR - Rbt SS
Hébergement en établissement non conventionné - Frais de séjour	50% BR / 100% BR	100% BR - Rbt SS équivalent
Forfait hospitalier	-	100%
Supplément chambre particulière sans chirurgie (hors ambulatoire)	-	50 € / jour
Supplément chambre particulière en chirurgie (hors ambulatoire)	-	100€ / jour pour les actes ADC dont BR < 167€ 110€ / jour pour les actes ADC dont BR > 167€
Frais d'accompagnement enfant / personne âgée	-	50 € / jour
Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)	50% TC	100% TC - Rbt SS
Supplément si séjour consécutif à une hospitalisation	-	+ 20 € / jour pendant 30 jours maximum
CURE THERMALE ACCUSEE PAR LA SECURITE SOCIALE		
Hébergement	-	200 € / an / personne
Transport	55% TC	100% TC - Rbt SS
Frais établissement thermal	55% TC	100% TC - Rbt SS
Honoraires médicaux	70% TC	100% TC - Rbt SS
MATERNITE		
	-	Chambre particulière dans la limite de 110 € / jour et frais restant à charge dans la limite de 1,25% PMSS
AUTRES		
Amnésie refusée (femmes âgées de moins de 35 ans)	-	150 € / acte
Catéchétométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	Forfait annuel de 80 €
Vaccins de la liste des actes préventifs du décret du 8 juin 2006 (1)	-	100% des FR (plafond 2% PMSS / an)
Consultations non remboursées d'ostéopathes ou de diététiciens	-	30 € par consultation (max 4 par an/bénéficiaire)
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	-	80% FR (max remboursement 1200 € / œil)

(1) Application de la CCAM : dacrylème et tréhalème Intermédiaires de bridge sans participation Sécurité sociale (BR = 0)
 (2) Grilles Optiques - sur présentation d'un copie de l'ordonnance et de l'original de la facture

	Verres unifocaux (simple foyer)					Verres multifocaux (progressif)			
	Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt / verre		Grille	Puissance sphère	Cylindre	Rbt / verre
	Classe 1	0 à 2	≤ 2	50 €		Classe 1	0 à 2	≤ 2	230 €
	Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	120 €		Classe 2	2,25 à 4	≤ 2	260 €
		0 à 4	> 2			Classe 3	0 à 4	> 2	
	Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	140 €		Classe 3	4,25 à 6	≤ 2	310 €
		4,25 à 6	> 2			Classe 4	4,25 à 6	> 2	
	Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	170 €		Classe 4	6,25 à 8	≤ 2	350 €
		6,25 à 8	> 2			Classe 5	6,25 à 8	> 2	
	Classe 5	> 8	tous	250 €		Classe 5	> 8	tous	

(3) Ophtalme, Méninge, polyomélie / Coqueluche, Hépatite B < 14 ans/ BCG < 5 ans/ Rubéole adolescente, /Haemophilus infl B/ Infections pneumococques < 18 mois
 PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
 TC : Tarif de Convention de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes conventionnés) TCR : Tarif de Convention Reconstruite pour le secteur 3 (égal au TC)
 TA : Tarif d'Activité de la Sécurité sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur 3)
 TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'absence d'un médicament générique
 FR : Frais Réels / RAC : Reste à charge / AT : Accident de travail / -Rbt SS : moins remboursement de la Sécurité Sociale
 BR : Base de remboursement correspondant au tarif de la Sécurité sociale dans la CCAM et la T2A
 SPR : Lettre de Sécurité sociale concernant les actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien dentiste
 ADC : Actes de Chirurgie
 Les remboursements du régime complémentaire sont limités au montant des frais réels déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale

JM
 P.E
 RB

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNES - Régime Général (valeur du PMSS au 01/01/2014)

ACTES	FRAIS REELS €	REMBOURSEMENTS SECURITE SOCIALE			REMBOURSEMENTS MUTUEL COMPLEMENTAIRE MIP		Règle SS et MIP €
		Base €	Taux %	Montants €	Taux %	Montants €	
CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES							
Généraliste conventionné sans dépassement	23,00	23,00	70	16,10	30	6,90	23,00
Généraliste conventionné avec dépassement	25,00	23,00	70	16,10	130	9,90	25,00
Spécialiste conventionné sans dépassement	28,00	28,00	70	19,60	30	8,40	28,00
Spécialiste conventionné avec dépassement	70,00	25,00	70	17,50	330	52,50	70,00
Spécialiste conventionné avec dépassement	90,00	28,00	70	19,60	330	70,40	90,00
Professeur de médecine - secteur conventionné	110,00	66,00	70	46,20	330	63,80	110,00
Professeur de médecine avec dépassement - secteur conventionné	150,00	66,00	70	46,20	330	103,80	150,00
OPTIQUE							
Monture Adulte (1 tous les 2 ans et par personne)	120,00	2,84	60	1,70	Forfait	150,00 €/1 tous les 2ans/pers.	120,00
Verres unifocaux-classe 2 (1 paire de verres/an et par personne)	240,00	7,32	60	4,39	Forfait	120,00 €/verre.	240,00
Total	360,00			6,09		353,91	360,00
Monture Adulte (1 tous les 2 ans et par personne)	140,00	2,84	60	1,70	Forfait	150,00 €/1 tous les 2ans/pers.	140,00
Verres multifocaux-classe 3 (1 paire de verres/an et par personne)	500,00	20,74	60	12,44	Forfait	280,00 €/verre.	500,00
Total	640,00			14,14		625,86	640,00
Lentilles non remboursées SS (par an et par personne)	140,00	0	0	0,00	Forfait	200,00 €/an/pers.	140,00
DENTAIRE							
Couronne dentoprotée céramométallique - PFC (ex : HBLD036)	500,00	107,5	70	75,25			536,68
Bridge 4 éléments							
Bridge de base 3 éléments - PFC (ex : HBLD043)	1630,00	279,5	70	195,65			1443,68
Intermédiaire supplémentaire - PFC (ex : HBMC479)	450,00	0,00	70	0,00		360 € par intermédiaire supp.	360,00
Total	2080,00			195,65		1606,23	1803,68
Base de 2 implants							
2 racine et 2 piliers implantaires	2200,00	0	0	0,00		930,00 €/implant (maxi 2/an)	1860,00
1 Radio, 1 préparation	200,00	0	0	0,00		70 €/an	70,00
2 couronnes sur implant	1180,00	215	70	150,50			923,25
Total	3580,00			150,50		2053,25	3003,75
Inlay Cère - ICD (ex : HBLD007)	350,00	122,55	70	85,79	200	(maxi 3/an)	245,10
SOINS DENTAIRES							
Cotation Sécurité sociale SDC	108,45	108,45	70	75,92	30		108,45
ORTHODONTIE DENTO FACIALE							
Orthodontie TD 90 remboursée	900,00	193,50	100	193,50			788,63
Orthodontie TD 90 non remboursée	550,00	193,50	0	0,00	205		396,68
PROTHÈSES AUDITIVES							
Prothèse auditive avec accord Sécurité sociale	1500,00	199,71	65	119,63	Forfait	15,00 % PMSS	1344,13
Prothèse auditive sans accord Sécurité sociale	1500,00	0	0	0,00	Forfait		469,33
CURES THERMALES							
Surveillance médicale	70,00	70	70,00	49,00	30		70,00
Frais d'établissement Thermal	348,04	348,04	65	226,23	15		348,04
Frais d'hébergement (par an et bénéficiaire)	610,00	150,01	0	0,00	Forfait	200,00 €/an/bénéf.	200,00
Transport (BILSNCF A/R 2x clas.)		BILSNCF	65	BILSNCF		35% BILSNCF	100% BILSNCF
HOSPITALISATION							
Appendicectomie, par colioscopie ou par laparotomie avec préparation par colioscopie (Appendicite) avec ADC dont BR >167C							
Chambre particulières 3 j	330,00	0	0	0,00	Forfait	110,00 €/jour max.	330,00
Frais chirurgicaux (établissement conventionné avec dépassement)	350,00	180,45	100	180,45	1,04		350,00
Forfait journalier 3 jours (18 € x 3)	54,00	0	0	0,00	Forfait	18,00 €/jour	54,00
AUTRES							
Détroptation ou Diététicien	60,00	0	0	0,00		(max 4 par an/bénéficiaire)	30,00
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale (pour 2 yeux)	5000,00	0	0	0,00		80 % FR (plafond de 1200 €/œil)	2400,00

(*) Hors parcours de soins les franchises sur les dépassements sont appliquées. A titre d'exemple la franchise est de 80 pour une consultation de spécialiste de secteur 1.

NB : Des plafonds par année civile et par bénéficiaire existent pour certaines prestations (Optique, Dentaire, Inlay etc...)

Cotisations au 1^{er} janvier 2014

Les cotisations sont exprimées en euros.

Régime Général	Catégorie ISOLE	Catégorie FAMILLE
COTISATION		
Standard	164,72 € par mois	247,09 € par mois
Forfaitaire	817,08 € par an soit 68,09 € par mois	1 633,92 € par an soit 136,16 € par mois

Conformément à l'article 4.5.1 du présent accord sont concernées par les cotisations forfaitaires ci-dessus exposées les situations visées aux cas n°4.1, 4.2, 5 et 6.

Ces montants sont susceptibles d'évoluer pour tenir compte des éventuelles modifications en matière de remboursement Sécurité sociale.

La cotisation appelée aux adhérents (cotisation globale - participation de l'employeur/ancien employeur) est augmentée du montant des cotisations assurance maladie, CSG et CRDS sur la participation de l'employeur/ancien employeur qui constitue un avantage à déclarer à l'Administration fiscale par l'adhérent. Ce montant est reversé par MIP à l'employeur/ancien employeur pour versement à l'URSSAF.

SM
P.S
FR

ANNEXE 4 : TAUX D'APPEL DES COTISATIONS POUR L'EXERCICE 2014

Il est ici convenu, que l'appel des cotisations destinées au financement des garanties prévues au présent accord à un taux inférieur au taux contractuel prévu à son article 3.4.1 se fera de plein droit sans nécessité d'avenant ou de révision. Ce nouveau taux fera l'objet d'une publication informative.

En ce sens, et à titre dérogatoire pour l'exercice 2014 uniquement, les cotisations afférentes au financement des garanties sont appelées aux taux mensuels précisés ci-dessous :

Taux	Cotisations catégorie « Isolé »		Cotisations catégorie « Famille »	
	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini	Cotisation forfaitaire par salarié	Cotisation calculée en pourcentage du salaire annuel brut de référence précédemment défini
d'appel mensuel exercice 2014	68.09€	0.61%	136.16 €	1.22%

A compter du 1er janvier 2015, les cotisations seront appelées au taux contractuel exposé à l'article 3.4.1.