

ACCORD COLLECTIF RELATIF AU REGIME COLLECTIF DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE POUR LE PERSONNEL DE LA SOCIETE ORPEA

ENTRE LES SOUSSIGNEES :

La société ORPEA, société anonyme dont le siège social est situé 12 rue Jean Jaurès – CS 10032
92 813 Puteaux Cedex, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre, sous le
numéro 401251566

Représentée par Monsieur Guillaume DESOBLIN, dûment habilité en qualité de Directeur des
Ressources Humaines Opérations

Ci-après dénommée la « Société »

D'une part,

ET :

Les organisations syndicales représentatives au sein de l'entreprise ci-après désignées :

L'organisation syndicale Arc-en-Ciel

L'organisation syndicale CGT Santé

L'organisation syndicale UNSA-SAMS

Ci-après dénommées « les Partenaires Sociaux »

D'autre part

Ensemble ci-après dénommées les « Parties »

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT :

CLN
AS
LS.

PREAMBULE

Les salariés d'ORPEA bénéficient depuis plusieurs années d'un régime complémentaire collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé instauré :

- pour les salariés non cadres, par accord collectif en date du 26 septembre 2013 et de son avenant du 28 décembre 2015
- pour les salariés cadres, par une décision unilatérale de l'employeur en date du 1^{er} juillet 2014 et de son extension en date du 30 décembre 2015

Dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire 2023, la Direction a rappelé sa volonté de s'inscrire dans la construction d'un nouveau dialogue social et d'un socle social plus attractif au profit de l'ensemble des salariés. Pour ce faire, la Direction s'est engagée à ouvrir des discussions sur l'évolution des régimes de frais de santé des salariés

Par le présent accord, les parties ont ainsi cherché à rééquilibrer les régimes collectifs et obligatoires de frais de santé mis en place dans l'entreprise, et ont notamment décidé des mesures suivantes :

- l'amélioration des garanties sur les postes de frais de santé présentant des restes à charges élevés pour les salariés non cadres, et le maintien du niveau des garanties frais de santé pour les salariés cadres ;
- la modification et l'harmonisation de la structure de cotisation pour les salariés non cadres et les salariés cadres (adhésion obligatoire uniquement pour les salariés et enfants) ;
- la possibilité de compléter le régime de base par plusieurs niveaux sur-complémentaires ;

Cet accord intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires définissant le caractère collectif et obligatoire de la complémentaire santé pour les salariés, le dispositif de portabilité, le respect du contrat solidaire et responsable, ainsi que les évolutions de réglementations issues de la réforme dite du « 100 % santé ».

En conséquence, après que le Comité social et économique central d'ORPEA ait été informé et consulté le 23 novembre 2023, il a été conclu le présent accord de protection sociale en application des articles L911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

 CLN² 69

ARTICLE 1 : OBJET DE L'ACCORD

Le présent accord a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés cadres et des salariés non cadres d'ORPEA aux contrats collectifs d'assurance de frais de santé souscrits au titre du « régime de base » par l'employeur auprès d'un organisme habilité.

Conformément à l'article L912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur. A cet effet, elles se réuniront six mois avant l'échéance à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement du/des contrat(s) de garanties collectives et la modification corrélative du présent accord.

Cet accord se substitue intégralement, à compter de son entrée en vigueur, à l'ensemble des accords, usages et engagements unilatéraux de l'entreprise ayant le même objet, et en particulier à l'accord collectif en date du 26 septembre 2023 et de son avenant du 28 décembre 2015 et à la décision unilatérale des salariés cadres ayant pris effet le 1er juillet 2014 et de son extension en date du 30 décembre 2015

ARTICLE 2 : ADHESION

2.1 Régime de base à adhésion obligatoire

2.1.1. Bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés de l'entreprise, cadres et non cadres, dans les conditions prévues pour la catégorie dont ils relèvent.

Les salariés à temps partiel bénéficient des mêmes garanties que les salariés à temps plein de leur catégorie cadre ou non cadre.

Sont bénéficiaires également du régime de base obligatoire, les enfants à charge et étudiant(s) tels que définis dans les contrats collectifs d'assurance.

2.1.2. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime de base est obligatoire pour tous les salariés et ayants droit ci-dessus définis. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Cependant, conformément aux dispositions des articles L. 911-7, III, et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, les salariés ont la faculté de refuser, à leur initiative, leur adhésion au régime, dès lors qu'ils sont susceptibles de relever de l'un des cas de dispense d'adhésion prévu par ces dispositions, selon les conditions prévues à l'article D. 911-5.

Une annexe au présent accord liste ces cas de dispenses. Il s'agit, notamment, de la situation d'un salarié ayant droit au titre de la couverture collective et obligatoire dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise.

Ces cas de dispense sont également listés dans le formulaire de mise en œuvre des dispenses prévu à cet effet, qui doit être dûment rempli par les salariés souhaitant se dispenser d'adhésion et remis auprès de la direction. Ils sont invocables par les salariés aux moments et dans les conditions prévues par les dispositions précitées et rappelés dans ce formulaire.

Les salariés suivants auront également, en application de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- les salariés et alternants (apprentis et salariés sous contrat de professionnalisation) bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et alternants (apprentis et salariés sous contrat de professionnalisation) bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et alternants dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, des cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute ;

Ces salariés devront solliciter par écrit, via le formulaire de mise en œuvre des dispenses prévu à cet effet, auprès de la direction, leur dispense d'adhésion et produire, le cas échéant, tout justificatif requis par ce formulaire. Cette demande de dispense devra être formulée dans les 30 jours suivant l'évènement ouvrant droit à la demande de dispense (date d'embauche ou de survenance du motif de la dispense).

A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur dans ces conditions, ils seront obligatoirement affiliés au régime de base.

Les salariés sollicitant le bénéfice de ces dispenses voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront à l'avenir solliciter le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de frais de santé, et ne pourront pas bénéficier du dispositif de portabilité après la rupture de leur contrat de travail. Ainsi, en cas de dépenses de santé, les salariés dispensés ainsi que, le cas échéant, leurs ayant droits, ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du présent régime.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation. Les salariés s'engagent à informer l'employeur de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale ayant une incidence sur la dispense.

2.2 Extension du régime de base (couverture facultative du conjoint)

A titre facultatif, le bénéficiaire peut étendre la couverture du régime de base à son conjoint, tel que défini dans les contrats collectifs d'assurance afférent.

Cette extension est la charge exclusive du salarié bénéficiaire.

La cotisation y afférente ne sera pas précomptée sur la rémunération mensuelle du salarié. Le salarié s'engage, le cas échéant, à fournir tout moyen de paiement sollicité par l'organisme assureur et/ou le gestionnaire (RIB, etc.).

A titre d'information, le terme « conjoint » défini dans les contrats d'assurance désigne tant la personne mariée avec le salarié bénéficiaire que liée par un PACS ou vivant maritalement avec ce dernier et ce à condition d'en apporter la preuve.

2.3 Régimes surcomplémentaires

Sous réserve d'adhérer au régime de base, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, d'adhérer à un régime surcomplémentaire à adhésion facultative, afin d'améliorer le niveau de leurs garanties. Plusieurs options distinctes sont proposées, tant pour les salariés non cadres que pour les salariés cadres.

La cotisation y afférente étant intégralement à leur charge, elle ne sera pas précomptée sur la rémunération mensuelle du salarié. Le salarié s'engage, le cas échéant, à fournir tout moyen de paiement sollicité par l'organisme assureur et/ou le gestionnaire (RIB, etc.).

2.4. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent notamment bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture :

- les anciens salariés bénéficiant d'une pension de retraite, sous réserve d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels et s'ils formulent une telle demande dans un délai de 6 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail.
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, sous réserve d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels et s'ils formulent une telle demande dans un délai de 6 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail.
- les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels et s'ils formulent une telle demande dans un délai de 6 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail.
- les personnes garanties du chef du salarié décédé (ayants droit du salarié décédé), pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès du salarié et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans un délai de 6 mois suivant le décès du salarié.

Les cotisations finançant ce maintien sont à la charge exclusive des anciens salariés ou de leurs ayants droit en cas de décès de ce dernier.

Les tarifs applicables peuvent être supérieurs aux tarifs applicables aux salariés actifs.

Le maintien des régimes des actifs est proposé aux salariés partant en retraite, ainsi qu'à leurs ayants droit (sous conditions que ces derniers aient été couverts durant la période d'activité).

Les taux proposés sont les suivants :

	Montant de la cotisation 2024 (régime de Base Non cadres)
Cotisation par adulte	1,98% du PMSS soit 76,51€ en 2024
Cotisation par enfant (gratuité partir du 3 ^{ème} enfant)	0,99% du PMSS soit 38, 25€ en 2024

	Montant de la cotisation 2024 (régime de Base Cadres)
Cotisation par adulte	2.93% du PMSS soit 113,22€ en 2024
Cotisation par enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	1,47% du PMSS soit 56,80€ en 2024

A titre informatif, le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et prévoit ainsi que :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs applicables aux salariés actifs.

ARTICLE 3 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

3.1. Suspension indemnisée

L'adhésion des salariés au régime de base et, le cas échéant, de leurs ayants droit, est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, notamment lorsque les salariés sont placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité,...).

Pendant la période de suspension, l'employeur s'acquittera du montant de la cotisation due au titre de la part patronale, afférente au régime de base.

La part salariale sera prélevée sur le bulletin de paie du salarié à l'échéance habituelle, selon la catégorie dont il relève.

3.2. Suspension non indemnisée

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune indemnisation par l'employeur voient le bénéfice de leurs garanties frais de santé suspendu pour toute la période de suspension non indemnisée.

Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime de base 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 et il s'engage, le cas échéant, à fournir tout moyen de paiement sollicité par l'organisme assureur et/ou le gestionnaire (RIB, etc.).

ARTICLE 4 : PORTABILITE

Les salariés bénéficient dans les mêmes conditions que les salariés en activité d'un maintien du régime de « frais de santé » dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, 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), pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail sans pouvoir excéder douze mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions définies à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations du présent accord.

ARTICLE 5 : GARANTIES

Les garanties souscrites, qui sont résumées dans le document joint à titre purement informatif, ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations, dans le respect de ses obligations légales et conventionnelles. Par conséquent, les garanties figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le régime ainsi que les contrats d'assurance y afférents sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1, L.862-4, II, alinéa 3, et L.242-1, II, 4° du Code de la sécurité sociale ainsi que de l'article 83, 1° quater du Code général des impôts, et des textes pris en application de ces dispositions.

En outre, il est prévu le service Tiers Payant permettant l'accès à un nombre important de soins pour lesquels le salarié sera dispensé d'avancer les frais.

ARTICLE 6 : COTISATIONS

Les cotisations servant au financement des régimes formalisés par le présent accord sont fixées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Ce plafond mensuel est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité était fixé, pour l'année 2023, à 3 666 €. Il devrait être fixé à 3 864 € pour l'année 2024 (montant à confirmer par la publication en fin d'année 2023 de l'arrêté).

6.1 Cotisations pour les salariés non cadres

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance afférent sont fixées comme suit et présentées ci-dessous à titre d'information :

6.1.1 Régime de base

Salariés relevant du régime général

La cotisation au régime de base est prise en charge par l'entreprise et les salariés affiliés (y compris leurs enfants) au régime général de sécurité sociale dans les conditions suivantes :

	Montant de la cotisation 2024
Coût global salarié + enfant(s)	1.757% soit 67,9 € en 2024

Le paiement de la cotisation est réparti comme tel : l'employeur participe à hauteur de 50%, soit 33,95 € en 2024 et salarié participe à hauteur de 50% soit 33,95 € en 2024.

Salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle

La cotisation est différente pour les salariés affiliés au régime local d'Alsace Moselle.

Du fait de leur régime spécifique de sécurité sociale, les cotisations applicables aux salariés relevant du régime local d'Alsace Moselle seront minorées par rapport aux cotisations des autres salariés.

	Montant de la cotisation 2024
Coût global salarié + enfant(s)	1.23% soit 47,5€ en 2024

Cette minoration ne s'applique que sur la part salariale de cotisations.

6.1.2 Couverture facultative conjoint et régimes surcomplémentaires

La cotisation dans le cas de l'éventuelle extension du régime au conjoint ou de l'extension de la couverture par d'éventuelles options est à la charge intégrale du salarié. Le salarié s'engage, le cas échéant, à fournir tout moyen de paiement sollicité par l'organisme assureur et/ou le gestionnaire (RIB, etc.). Seule la part salariale du régime de base décrite ci-avant sera prélevée sur le bulletin de paie du salarié à l'échéance habituelle.

	Montant de la cotisation 2024
Couverture facultative du conjoint	1.460% soit 56.41€ en 2024
Surcomplémentaire niveau 1	Adulte : 0,358% (13,8€ en 2024) Enfant(s) : 0,096% (3,70€ en 2024)(2)
Surcomplémentaire niveau 2	Adulte : 0,401% (15,49€ en 2024) Enfant(s) : 0,143% (5,52€ en 2024)(2)
Surcomplémentaire Niveau 1 + 2	Adulte : 0,758% (29,28€ en 2024) Enfants(s): 0,239% (9,23€ en 2024) (2)

(1) Taux exprimés sur la base du Plafond mensuel SS 2024

(2) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

6.2 Cotisations pour les cadres

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance afférent sont fixées comme suit et présentées ci-dessous à titre d'information :

6.2.1 Régime de base

Salariés relevant du régime général

La cotisation au régime de base est prise en charge par l'entreprise et les salariés affiliés (y compris leurs enfants) au régime général de sécurité sociale dans les conditions suivantes :

	Montant de la cotisation 2024
Coût global salarié + enfant(s)	2,59% soit 100,07 € en 2024

Le paiement de la cotisation est réparti comme tel : l'employeur participe à hauteur de 50% soit 50,04 € en 2024 et salarié participe à hauteur de 50% soit 50,04 € en 2024.

6.2.2 Couverture facultative conjoint et régimes surcomplémentaires

La cotisation dans le cas de l'éventuelle extension du régime au conjoint ou de l'extension de la couverture par d'éventuelles options est à la charge intégrale du salarié. Le salarié s'engage, le cas échéant, à fournir tout moyen de paiement sollicité par l'organisme assureur et/ou le gestionnaire (RIB, etc.). Seule la part salariale du régime de base décrite ci-avant sera prélevée sur le bulletin de paie du salarié à l'échéance habituelle.

	Montant de la cotisation 2024
Couverture facultative du conjoint	1,99% soit 76,89€ en 2024
Surcomplémentaire Régime Renfort	Salarié + enfants: 0,31% (11,98€ en 2024) Conjoint: 0,23% (8,89€ en 2024)
Surcomplémentaire Régime Plus	Salarié + enfants: 0,56% (21,63€ en 2024) Conjoint: 0,43% (16,61€ en 2024)

(1) Taux exprimés sur la base du Plafond mensuel SS 2024

(2) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

ARTICLE 7: EVOLUTION ULTERIEURE DES COTISATIONS

Il est expressément convenu que l'obligation de l'employeur se limite au seul paiement des cotisations du régime de base (prévues en fonction du statut « cadre » ou « non cadre » du bénéficiaire) pour leurs taux et montants définis à l'article 6.

En conséquence, en cas d'augmentation des cotisations, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres à primes (S/P), l'obligation de l'employeur sera limitée au paiement de la cotisation définie ci-dessus.

Toute augmentation de cotisations, fera l'objet d'un avenant au présent accord.

A défaut d'accord, ou dans l'attente de sa signature, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations défini suffise au financement du système de garanties.

Afin de suivre la consommation des soins de santé sur l'année 2024 et l'équilibre des régimes, une analyse détaillée semestrielle sera communiquée à la commission mutuelle et prévoyance du CSEC d'ORPEA. La commission analysera également la restitution des comptes des régimes par l'assureur et pourra émettre des propositions d'évolution des régimes.

ARTICLE 8: INFORMATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Il en sera de même lors de chaque modification des garanties.

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties collectives formalisées par le présent accord.

ARTICLE 9: DUREE, REVISION, DENONCIATION

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2024.

Il se substitue à toutes les dispositions issues de décisions unilatérales, d'usages, d'accords collectifs, ou de toute autre pratique en vigueur dans l'entreprise et portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

Conformément à l'article L.2222-5-1 du Code du travail, les parties conviennent de se réunir dans un délai maximum de cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent accord, afin de dresser un bilan de ses conditions d'application et d'envisager le cas échéant les évolutions susceptibles d'y être apportées.

En cas de modification de l'environnement juridique applicable aux régimes de protection sociale complémentaire, les règles nouvelles s'appliqueront dans les conditions qu'elles déterminent, sans qu'une modification du présent accord ne soit nécessaire, sauf disposition contraire.

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2222-6 et L.2261-7-1 à L.2261-13 du Code du travail.

Ainsi, le présent accord pourra être révisé conformément aux dispositions de l'article L.2261-7-1 du Code du travail.

La demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres organisations syndicales représentatives dans l'entreprise.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L.2261-9 du Code du travail, les parties signataires du présent accord

ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L.2261-9 du Code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance des contrats d'assurance collectifs.

La résiliation par l'organisme assureur des contrats d'assurance entraîne de plein droit la caducité du présent accord par disparition de son objet.

ARTICLE 10: DEPOT ET PUBLICITE

Un exemplaire du présent accord sera déposé :

- auprès de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) *via* la plateforme www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr ;
- au greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Il sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non signataires de celui-ci.

Enfin, en application des articles R.2262-1 et suivants du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite par tout moyen aux salariés.

A Puteaux, le 23 novembre 2023

Fait en 5 exemplaires originaux, dont un pour les formalités de dépôt.

Pour la Société ORPEA

Monsieur Guillaume DESOBLIN

Directeur des Ressources Humaines Opérations

Pour l'organisation syndicale Arc-en-Ciel

M^e Le Noë Claire DSC Arc en Ciel.



Pour l'organisation syndicale CGT Santé

M^e Swadeën Kelemé DSC CGT



Pour l'organisation syndicale UNSA-SAMS

Godinho - FERROUO Sandrine

DSC UNSA-SAMS



Annexes à titre informatif :

Résumé des garanties pour les salariés non cadres

Résumé des garanties pour les salariés cadres

Liste des cas de dispense dits de plein droit

ANNEXE : Liste des cas de dispense dits de plein droit

Les salariés peuvent se dispenser à leur initiative de l'affiliation au régime, selon les conditions prévues à l'article D. 911-5 du code de la sécurité sociale, dans les cas visés à l'article D. 911-2 et au III de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, à savoir :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission si la durée de la couverture dont ils bénéficieraient est inférieure à trois mois, sous réserve qu'ils justifient d'une couverture responsable, dans les conditions prévues à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de remboursement de frais de santé, étant précisé que cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie :
 - > dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au 4° du II de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale.
Il s'agit, notamment, du cas d'un salarié ayant droit au titre de la couverture collective et obligatoire dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise
 - > par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la sécurité sociale ;
 - > par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - > dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - > dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - > dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

Tableau de garanties- salariés cadres

GARANTIES	Régime de base obligatoire et responsable	Surcomplémentaire facultative et non responsable "Renfort"	Surcomplémentaire facultative et non responsable "Plus"
Hospitalisation - y compris maternité			
Médecin - adhérent DPTAM	350% BR- RSS		550% BR
Médecin - non adhérent DPTAM	100% TM+ 100% BR	500% BR	550% BR
Frais de séjour			
- en secteur conventionné	350% BR- RSS		550% BR
- en secteur non conventionné	350% BR- RSS		550% BR
Chambre particulière	5% PMSS par jour		6% PMSS par jour
Lit d'accompagnant (enfant -16 ans)	1.5% PMSS par jour		
Forfait journalier hospitalier	100% FR		
Forfait Patient Urgence (FPU)	100% FR		
Frais de transport	250% BR- RSS		350% BR

Soins Courants - y compris maternité			
Généraliste - adhérent DPTAM	250% BR- RSS		350% BR
Généraliste - non adhérent DPTAM	100% TM+ 100% BR	350% BR	350% BR
Spécialiste - adhérent DPTAM	350% BR- RSS		450% BR
Spécialiste - non adhérent DPTAM	100% TM+ 100% BR	400% BR	450% BR
Actes de spécialités - adhérent DPTAM	350% BR- RSS		450% BR
Actes de spécialités - non adhérent DPTAM	100% TM+ 100% BR	400% BR	450% BR
Radiologie - adhérent DPTAM	250% BR- RSS		350% BR
Radiologie - non adhérent DPTAM	100% TM+ 100% BR		350% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,,,))	250% BR- RSS		350% BR
Analyses et examens de laboratoire	250% BR- RSS		350% BR
Pharmacie prescrite remboursée par le RO	100% TM		
Vaccins anti grippe non pris en charge par le RO	100% FR par an et par bénéficiaire		
Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	350% BR- RSS		450% BR
Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, pédicurie, psychomotricité)/personne bénéficiaire			30€ par séance limité à 3 par an



 ccw ks

Aides auditives - Un équipement par oreille, tous les 4 ans (à compter de la date d'achat)

Accessoires pris en charge par le RO	100% BR- RSS	
Equipements 100 % Santé [1]	Remboursement intégral	
Equipements hors 100 % Santé	350% BR- RSS	450% BR

Optique - Un équipement tous les 2 ans pour les adultes (à compter de la date d'achat), par période de un an pour les moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les moins de 6 ans

Equipements 100 % Santé [1]	Remboursement intégral		
OPTIQUE Adulte			
Monture	100€	50€	100€
Verres	CF grille optique		
Forfait supplémentaires pour 2 verres			
Verres unifocal pour 2 verres	+ 2% PMSS		
Verre multifocaux pour 2 verres	+ 7% PMSS		
Lentilles remboursées par le RO	10% PMSS (au-delà 100% BR)		
Lentilles non remboursées par le RO	10% PMSS		
Prestation d'adaptation (par équipement)	100% BR- RSS		
Chirurgie myopie, astigmatie, presbytie, hypermétropie pour les adultes de plus de 25 ans et de moins de 40 ans)	20% PMSS par œil		+ 5% PMS Spar œil

Dentaire

Soins et prothèse 100 % Santé [1]	Remboursement intégral		
Soins	300% BR- RSS		
Inlays / Onlays	300% BR- RSS		
Prothèses : Sur incisives, canines, prémolaires	520% BR- RSS		620% BR
Prothèses : Sur molaires	520% BR- RSS		620% BR
Inlay Core appareil amovible, couronne y compris sur	520% BR- RSS		620% BR
Orthodontie	500% BR- RSS		
Prothèse sur dent saine, couronne toute céramique, pilier de bridge sur dent saine	520% BR- RSS		
Prothèse provisoire, couronne sur implant non remboursée	400%BRR sur la base d'une BR à 107,50€		
Forfait supplémentaire pour actes dentaires non pris en charge par le RO			50€ par an et par bénéficiaire
Implantologie (Pose de l'implant racine+phase préparatoire/Faux moignon implantaire) par an et par bénéficiaire	15% PMSS		
Parodontie (par an et par bénéficiaire)	10% PMSS		

AN
B kb

Autres dépenses

Forfait maternité (doublé en cas de naissance multiple)	15% PMSS
Cures thermales remboursée par le RO	30% PMSS

Prévention

Actes de prévention	L'ensemble des actes de prévention prévu à l'article " R871-2 du code de la Sécurité sociale " est pris en charge au titre du contrat , dans les limites des garanties concernées avec au minimum le ticket modérateur
---------------------	--

Services

Soutien psychologique	0805 040 081 (24h/24-7j/7)
-----------------------	----------------------------

[1] Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale

[2] Les actes relatifs aux inlays-core, inlay, onlays et aux prothèses dentaires remboursés par le RO et faisant partie du Panier des Prothèses à tarifs limités sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle correspondant au poste envisagé limité à l'Honoraire Limite de Facturation (HLF*) sous déduction des prestations du RO.

Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

[3] Par an et par bénéficiaire

CCN 15
↓

Optique et réseau de soins

✓ | Dans le réseau de soins : équipement sans reste à charge

En se rendant chez un opticien partenaire du réseau Santéclair, le bénéficiaire pourra bénéficier d'un remboursement de ses verres aux frais réels (sur la base d'un équipement prédéfini ^[1])

Adoptez le réflexe Santéclair !



Le réseau de soins Santéclair permet de limiter le reste à charge et de maîtriser les dépenses de soins en Optique, Dentaire et Audioprothèse.

- En optique ➔ Des tarifs négociés sur les verres et jusqu'à 20% d'économie sur les montures
 - En audiologie ➔ Jusqu'à 35% d'économie sur les aides auditives
 - En dentaire ➔ Des tarifs négociés sur les prothèses et jusqu'à 40% d'économie sur l'implantologie
- [Engagement de confiance des partenaires, de qualité et de traçabilité des équipements]

Géolocalisez les partenaires du réseau via l'application Génération ou sur l'espace adhérent.

✗ | Hors du réseau de soins

Hors panier 100% Santé (Classe B)
Garanties incluant le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire

	Verre UNIFOCAL				Verre MULTIFOCAL				Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques
	Verre simple		Verre complexe		Verre très complexe				
Adulte	100	120	140	220	220	230	300	320	100% BR
Enfant	100	120	140	220	220	230	300	320	

Défaut visuel	Verre simple			Verre complexe			Verre très complexe	
Niveau	101	102	103	104	111	112	113	114
Sphère (S)	entre -4 et +4	de -6 à -4,25 de -6 à -0,25 de +4,25 à +6 de 0 à +4	de -8 à -6,25 de -8 à 0 de 0 à +8	hors zone de -8,25 à +8,25	entre -4 et +4	de -8 à -4,25 de -8 à -0,25 de +4,25 à +8 de 0 à +5,75	de -8 à 0 de 0 à +8	hors zone de -8,25 à +8,25
Cylindre (C)	de 0 à 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4 de 0 à 2 et S+C ≤ 6 de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	de 0 à 4 ≥ 4,25 S+C > 6	Tout cylindre	de 0 à 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4 de 0 à 2 et S+C ≤ 8 de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	≥ 4,25 S+C > 8	Tout cylindre

CCN
B
K

Tableau de garanties – Salariés non cadres

GARANTIES	Régime de base	Niveau 1 (y compris la base) Responsable	Niveau 2 (en complément base et/ou niveau 1) Non responsable
Hospitalisation - y compris maternité			
Honoraires Médecin adhérent DPTAM - secteur conventionné	250% BR - SS	350% BR- SS	+150% BR
Honoraires Médecin non adhérent DPTAM - secteur conventionné	200% BR - SS	200% BR - SS	+300% BR
Frais de séjour conventionné	200% BR - SS	350% BR - SS	+150% BR
Frais de séjour non conventionné	200% BR - SS	350% BR - SS	+150% BR
Chambre particulière (par jour) dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation en service psychiatrique	2,5% PMSS	5% PMSS	
Lit d'accompagnant (enfant -12 ans) (par jour)	1% PMSS	1,5% PMSS	
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	
Frais de transport pris en charge par la SS	200% BR - SS	200% BR - SS	
Soins Courants - y compris maternité			
Généraliste - adhérent DPTAM	250% BR - SS	250% BR - SS	+50% BR
Généraliste - non adhérent DPTAM	200% BR - SS	200% BR - SS	+150% BR
Spécialiste - adhérent DPTAM	250% BR - SS	350% BR - SS	+100% BR
Spécialiste - non adhérent DPTAM	200% BR - SS	200% BR - SS	+150% BR
Actes de spécialités - adhérent DPTAM	250% BR - SS	350% BR - SS	+100% BR
Actes de spécialités - non adhérent DPTAM	200% BR - SS	200% BR - SS	+150% BR
Radiologie - adhérent DPTAM	250% BR - SS	350% BR - SS	+50% BR
Radiologie - non adhérent DPTAM	200% BR - SS	200% BR - SS	+100% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,,,))	200% BR - SS	200% BR - SS	
Analyses médicales	200% BR - SS	200% BR - SS	
Pharmacie remboursée par la SS	100%TM	100%TM	
Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, étioopathie, chiropractie, homéopathie, psychologie, diététique, pédicurie, psychomotricité) (par an et par bénéficiaire)	30€ / séance dans la limite de 2 / an	50€ / séance dans la limite de 3 / an	
Diététiciens (enfant de 6 de 12 ans)	1,25% du PMSS par an	1,25% du PMSS par an	
Médicaments prescrits non remboursés SS et sevrage tabagique	-	50€ par an	
Optique - Un équipement tous les 2 ans pour les adultes (à compter de la date d'achat), par période de un an en cas d'évolution de la vue ou pour les moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les moins de 6 ans			
Equipements 100 % Santé	100% des FR dans la limite du Prix Limite de Vente	100% des FR dans la limite du Prix Limite de Vente	

CCN
F-S 15

Tableau de garanties – Salariés non cadres

Equipements hors 100 % Santé	Monture : 100 € Verres : 100% pris en charge dans réseau, option confort. Hors réseau selon grille optique	Monture : 100 € Verres : 100% pris en charge dans réseau, option essentiel. Hors réseau selon grille optique	+60€ verres simples +150€ verres multifocaux + 50€ monture
Monture et Verres			
Lentilles prises en charge par la SS	100%TM + 150€ par an et par bénéficiaire	100%TM + 250€ par an et par bénéficiaire	
Lentilles prises non prises en charge par la SS	150€ par an et par bénéficiaire	250 € par en et par bénéficiaire	+50€ par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil (myopie, astigmatie, ou hypermétropie) (par œil)	300€ par œil	400€ par œil	+100€ par œil

Dentaire			
Soins et prothèse 100 % Santé	100% des FR dans la limite du Prix Limite de Vente	100% des FR dans la limite du Prix Limite de Vente	
Actes hors 100% santé pris en charge par le RO			
Soins dentaires	100% BR - SS	300% BR - SS	
Inlays / Onlays	300% BR - SS	300% BR - SS	
Prothèses (dont couronne sur implant et Inlays Core)	300% BR - SS	500% BR - SS	
Orthodontie	400% BR - SS	500% BR - SS	
Actes non pris en charge par le RO			
Couronnes toute céramique, couronne sur dent saine, pilier de bridge sur dent saine	-	500% BRR	
Prothèse provisoire	-	400% BRR	
Parodontologie	-	300 € par an et par bénéficiaire	
Orthodontie	-	300 € par an et par bénéficiaire	
Implantologie (hors couronne sur implant)	500€ par an et par bénéficiaire	1500€ par an et par bénéficiaire	

Actes de prévention			
Dépistage Hépatite B	200% BR - SS	200% BR - SS	
Vaccins prescrits non remboursés	6% du PMSS	6% du PMSS	

FS CLN 16

Tableau de garanties – Salariés non cadres

Autres prothèses			
Semelles orthopédiques	100% BR - SS	350 % BR - SS	
Prothèses auditives 100% Santé	100 % FR (avec respect du Prix Limite de Vente)	100 % FR (avec respect du Prix Limite de Vente)	
Prothèse auditives Panier libre	200% BR – SS	350% BR - SS	
Autres dépenses			
Maternité - Adoption	5% PMSS	5% PMSS	
Cure thermale acceptée par la SS	5% PMSS	5% PMSS	



| Lexique

FR : FRAIS RÉELS

Les frais réels correspondent aux montants facturés (honoraires...).

RO : RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime d'assurance maladie (géré par la Sécurité sociale).

BR : BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné.

PMSS : PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Fixé chaque année par décret, sa valeur prévisionnelle est de 3666 € pour 2023. Il devrait être fixé à 3864€ pour 2024

RSS : REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Montant remboursé par la Sécurité sociale (base de remboursement x taux de remboursement défini pour chaque acte médical).

F.S. CEN 15-

Optique et réseau de soins

✓ | Dans le réseau de soins : équipement sans reste à charge

En se rendant chez un opticien partenaire du réseau Santéclair, le bénéficiaire pourra bénéficier d'un remboursement de ses verres aux frais réels (sur la base d'un équipement prédéfini ⁽¹⁾)

Adoptez le réflexe Santéclair !



Le réseau de soins Santéclair permet de limiter le reste à charge et de maîtriser les dépenses de soins en Optique, Dentaire et Audioprothèse.

- En optique → Des tarifs négociés sur les verres et jusqu'à 20% d'économie sur les montures
- En audiologie → Jusqu'à 35% d'économie sur les aides auditives
- En dentaire → Des tarifs négociés sur les prothèses et jusqu'à 40% d'économie sur l'implantologie

[Engagement de confiance des partenaires, de qualité et de traçabilité des équipements]

✗ | Hors du réseau de soins

	Verre UNIFOCAL				Verre MULTIFOCAL			
	Verre simple		Verre complexe		Verre très complexe			
	Niveau 101	Niveau 102	Niveau 103	Niveau 104	Niveau 111	Niveau 112	Niveau 113	Niveau 114
Adulte	60	85	110	190	150	190	230	280
Enfant	60	85	110	190	150	190	230	280

Défaut visuel	Verre simple		Verre complexe			Verre très complexe		
Niveau	101	102	103	104	111	112	113	114
Sphère (S)	entre -4 et +4	de -6 à -4,25 de -6 à -0,25 de +4,25 à +6 de 0 à +4	de -8 à -6,25 de -8 à 0 de 0 à +8	hors zone de -8,25 à +8,25	entre -4 et +4	de -8 à -4,25 de -8 à -0,25 de +4,25 à +8 de 0 à +5,75	de -8 à 0 de 0 à +8	hors zone de -8,25 à +8,25
Cylindre (C)	de 0 à 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4 de 0 à 2 et S+C < 6 de 2,25 à 6 et S+C < 6	de 0 à 4 ≥ 4,25 S+C > 6	Tout cylindre	de 0 à 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4 de 0 à 2 et S+C ≤ 8 de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	≥ 4,25 S+C > 8	Tout cylindre

F.S ^{CCN} by