

**Avenant N°5
à l'ACCORD D'HARMONISATION DES REGIMES DE
COMPLEMENTAIRE SANTE DES SALARIES NON CADRES AU SEIN
DE LA SOCIETE CSF France**

↳

ENTRE :

La société C.S.F. France, dont le siège social est situé Zone Industrielle, Route de Paris – 14120 MONDEVILLE, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro CAEN B 440 283 752 représentée par son Directeur des Ressources Humaines, Monsieur Jacques GUILLOT,

d'une part,

et :

La Fédération des Services C.F.D.T., située Tour essor, 14 rue Scandicci 93 508 PANTIN Cedex, représentée par Mme JACOBK, en sa qualité de déléguée syndicale centrale,

La Fédération Nationale Agroalimentaire C.F.E-C.G.C. AGRO SNEC, située 8 Allée des Bergeronnettes 13013 MARSEILLE, représentée par M. CONROZIER, en sa qualité de délégué syndical central,

La Fédération des syndicats C.F.T.C., Commerce, Services et Force de Ventes, située 34 Quai de Loire 75 019 PARIS, représentée par M. BREVIERE, en sa qualité de délégué syndical central,

La Fédération C.G.T. Commerce, Distribution et Services, située Case 425 93514 MONTREUIL Cedex, représentée par Mme CHALAL, en sa qualité de déléguée syndicale centrale,

La Fédération F.G.T.A.- F.O., située 7 passage Tenaille 75 680 PARIS Cedex 14, représentée par M. ROBIN, en sa qualité de déléguée syndicale centrale.

d'autre part,

Il a été exposé et convenu ce qui suit :

PREAMBULE

Par accord en date du 3 décembre 2004 et dans un souci d'harmonisation au sein de CSF, il a été mis en place à compter du 1^{er} janvier 2005, après consultation du Comité central d'entreprise, un régime complémentaire de remboursement de frais de santé à adhésion obligatoire au bénéfice des employés et agents de maîtrise de CSF.

Afin de prendre en compte l'évolution des textes applicables en la matière, quatre avenants à cet accord ont été conclus, les 26 octobre 2005, 31 octobre 2006, 29 février 2008 et 29 septembre 2009 pour garantir le caractère collectif et obligatoire du régime de complémentaire santé mis en place au sein de la société.

Les partenaires sociaux signataires se sont réunis afin d'apporter de nouvelles modifications au régime compte tenu :

- Du souci d'une meilleure adéquation de la couverture maternité aux frais réellement exposés,
- Des mesures prévues par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011
- De l'application d'une nouvelle taxe d'assurance à compter de 2011
- De la situation financière du régime Frais de Santé de base et des régimes optionnels ;

En application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, il a été décidé ce qui suit, après information et consultation du comité central d'entreprise :

↳

Article 1 Modification de l'article 6 « Cotisations » de l'accord d'harmonisation des régimes de Frais de Santé Non Cadres au sein de la société CSF France

L'article 6 de l'accord d'harmonisation des régimes de complémentaire santé au sein de la société CSF France du 3 décembre 2004 (repris par CSF France par l'accord du 29 février 2008), modifié par les avenants n°2 et 4 à l'accord d'harmonisation des régimes complémentaire santé des salariés non cadres au sein de CSF France est remplacé par les dispositions suivantes :

Les cotisations servant au financement du contrat des garanties collectives Frais de santé « Maladie-Chirurgie-Maternité » seront prises en charge par l'entreprise et le salarié à compter du 1^{er} janvier 2011 dans les conditions et limites suivantes :

Part salariale	Part patronale	Total
1.395 % du PMSS	1.395 % du PMSS	2.79 % du PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Pour le salarié dont le conjoint et les enfants sont couverts par un régime obligatoire de « frais de santé » mis en place dans l'entreprise du conjoint, et qui a choisi de souscrire pour sa seule protection en cotisant à titre individuel au régime de base, les cotisations servant au financement du régime seront prises en charge par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes : la cotisation sera ramenée à 1.67 % du PMSS (en lieu et place de 2.79 % du PMSS). Cette cotisation est acquittée dans les mêmes conditions que celles indiquées précédemment.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Dans les autres hypothèses de suspension de contrat de travail, le bénéfice du régime ne sera maintenu que si le salarié acquitte l'intégralité des cotisations (part salariale et part patronale).

h

JC3

p 4/9

MA

Article 2 « Evolution de la cotisation de l'option 3 »

Afin de maintenir l'équilibre financier de l'option 3 en tenant compte de l'application de la nouvelle taxe d'assurance, le taux de cotisation supplémentaire pour le bénéfice de l'option 3 sera modifié de la façon suivante à compter du 1^{er} janvier 2011 : il sera porté de 0,36% à 0,37% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La cotisation supplémentaire pour le bénéfice de l'option 3 continuera à être prise en charge par le salarié.

Ainsi, le taux de cotisation global (base + option) applicable à compter du 1^{er} janvier 2011 pour le bénéfice de l'option 3 sera le suivant :

Part salariale	Part patronale	Total
1.765 % du PMSS	1.395 % du PMSS	3.16 % du PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Article 3 Evolution de la cotisation de l'option 4 »

Le taux de cotisation supplémentaire pour le bénéfice de l'option 4 sera modifié de la façon suivante à compter du 1^{er} janvier 2011 : il sera porté de 1% à 1.03% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La cotisation supplémentaire pour le bénéfice de l'option 4 continuera à être prise en charge par le salarié.

Ainsi, le taux de cotisation global (base + option) applicable à compter du 1^{er} janvier 2011 pour le bénéfice de l'option 4 sera le suivant :

Part salariale	Part patronale	Total
2.425 % du PMSS	1.395 % du PMSS	3.82 % du PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Article 4 Garanties liées à la maternité et à l'adoption

Par application de la circulaire n°DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, et sous réserve de l'évolution de la législation et réglementation en vigueur, l'allocation versée à l'occasion d'une naissance revêt le caractère de prestation de prévoyance complémentaire au même titre que l'allocation versée en cas d'adoption.

6

103 p 5/9 MM

Dans un souci d'une meilleure adéquation de la couverture maternité aux frais réellement exposés, il est convenu de cumuler l'indemnité forfaitaire de 400 euros avec un dispositif de remboursement complémentaire de certains actes liés à la maternité selon les modalités résumées ci-après :

- remboursement des frais d'hospitalisation en service Maternité, en cas de complication pathologique, au même titre que l'hospitalisation médicale, chirurgicale et l'hospitalisation en service maternité ayant nécessité une intervention chirurgicale, à savoir:

- remboursement des frais d'hospitalisation, y compris les dépassements d'honoraires jusqu'à concurrence de 400 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale,
- remboursement des frais de chambre particulière à hauteur de 100 euros par jour.

- remboursement des actes médicaux courants et de spécialistes pris en charge par la Sécurité Sociale au titre du risque Maternité, en cas de complication pathologique, sur la même base que les actes médicaux courants et de spécialistes pris en charge par la Sécurité Sociale au titre du risque maladie, à savoir jusqu'à concurrence selon le cas de 200% ou 300 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (y compris le remboursement de la Sécurité Sociale).

L'allocation versée en cas d'adoption reste fixée à 400 euros.

Article 5 Date d'effet

Le présent avenant entrera en vigueur le 1er janvier 2011.

Article 6 Dépôt, publicité

Un exemplaire signé du présent avenant sera remis à chaque signataire.

Le présent avenant sera déposé par les soins et aux frais de l'entreprise auprès de la Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) compétente pour le lieu de conclusion de l'accord (1 exemplaire sur support papier et un exemplaire sur support électronique) et au Secrétariat Greffe du conseil de Prud'hommes compétent pour le lieu de conclusion de l'accord.

r

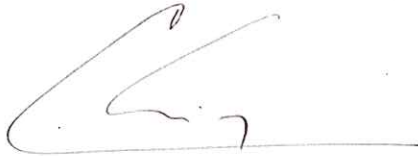
JCS

p 6/9

P-MA

A Massy, le 16 décembre 2010

Pour la société CSF France
Monsieur Jacques GUILLOT

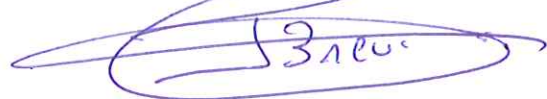


Pour la Fédération des services C.F.D.T
Madame Sophie JACOBİK

Pour la Fédération C.F.E -C.G.C.agro SNEC,
Monsieur Philip CONROZIER

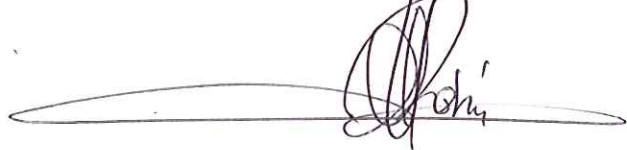


Pour la Fédération des syndicats C.F.T.C.
Monsieur J-Christophe BREVIERE



Pour la Fédération C.G.T.
Madame Fatiha CHALAL

Pour la Fédération F.G.T.A.-F.O.
Monsieur Jean Marc ROBIN



L'ensemble des remboursements est limité à 100% des frais engagés

Garanties liées à l'hospitalisation, cures, transport médicalisé et la maternité

a) Hospitalisation médicale et chirurgicale, cures et transport médicalisé

	Niveau de remboursement	commentaires
Honoraires médicaux conventionnés	100% des frais réels	Limité à 400% de la BR* en plus du remboursement SS
Honoraires médicaux non conventionnés	90% des frais réels	Limité à 400% de la BR* en plus du remboursement SS
Forfait hospitalier	100% des frais réels	
Chambre particulière	100 euros par jour	
Lit d'accompagnant (enfant <12 ans)	80 euros par jour	
Transport médicalisé	300% de la BR*	y/c remboursement de SS
Cure thermale acceptée	200 euros	En sus de la SS et dans la limite des frais réels

b) Maternité

Maternité (indemnité)	400 euros	Portée à 800 € en cas de naissance gemellaire
Hospitalisation avec intervention chirurgicale et complication pathologique	400% de la BR*	y/c remboursement de SS
Chambre particulière	100 euros par jour	Par jour
Actes médicaux courants sauf spécialistes (médecin généraliste, laboratoire, radio, infirmiers ...)	200% de la BR*	y/c remboursement de SS
Spécialistes	300% de la BR*	y/c remboursement de SS

Les garanties liées aux soins médicaux

	Niveau de remboursement	commentaires
Actes médicaux courants, sauf spécialistes	200% de la BR*	y/c remboursement de SS
Spécialistes	300% de la BR*	y/c remboursement de SS
Autres prothèses	400% de la BR*	y/c remboursement de SS
Prothèses audio	400% de la BR*+ 400 euros	y/c remboursement de SS
Pharmacie	100% des frais réels	Pharmacie non remboursée par SS exclue

h

Jez

JMA

Garanties optique et dentaire

	Niveau de remboursement	commentaires
Soins dentaires	200% de la BR*	y/c remboursement de SS
Prothèses et Orthodontie acceptées ou refusées	95% FR jusqu'à 200% de la BR* + 80%FR de 200 à 400% de la BR*	y/c remboursement de SS dans la limite de 75% du PMSS par an et par bénéficiaire
Verres (les 2)	200% RSS + 150 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire
Montures	90% FR jusqu'à 150 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire
Lentilles acceptées, refusées, jetables	200% RSS + 150 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire
Kératotomie	150 Euros/Oeil	Forfait annuel par bénéficiaire

BR * = base de remboursement de la Sécurité Sociale

BCR* = base de remboursement reconstitué

RSS* = remboursement sécurité sociale

+

