

**Avenant N°2  
à l'ACCORD D'HARMONISATION DES REGIMES DE  
COMPLEMENTAIRE SANTE DES SALARIES NON CADRES AU SEIN  
DE LA SOCIETE CSF**

**ENTRE :**

La société C.S.F., 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 Marc VEYRON,

**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., située 59 rue du Rocher 75 008 PARIS, représentée par M. MARECHAL, en sa qualité de délégué syndical central,

La Fédération des syndicats C.F.T.C., Commerce, Services et Force de Ventes, située 251 rue du Faubourg Saint Martin 75 010 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 Mme FRANCOIS, en sa qualité de déléguée syndicale centrale.

**d'autre part,**

**Il a été exposé et convenu ce qui suit :**

PHJ      GP  
JCS

## **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<sup>er</sup> janvier 2005, après consultation du Comité central d'entreprise, un régime complémentaire de remboursement de frais de santé à adhésion obligatoire comportant des garanties « maladie, chirurgie, maternité » propres aux employés et agents de maîtrise de CSF.

Suite à la réforme du traitement social des régimes complémentaires de prévoyance initiée en 2003 par la loi FILLON, une circulaire de la Direction de la sécurité sociale datée du 25 août 2005 est venue préciser la notion de régime complémentaire collectif et obligatoire.

Parallèlement, la réforme DOUSTE-BLAZY contraint à s'engager vers une régulation de l'ensemble du système passant par la responsabilisation de tous les acteurs : Sécurité sociale, Médecin, Patient, organismes assureurs.

Un avenant a ainsi été conclu le 26 octobre 2005 afin de de modifier le champ d'application de l'accord du 3 décembre 2004 en garantissant le caractère collectif et obligatoire du régime de complémentaire santé mis en place au sein de CSF. Cet avenant avait par ailleurs pour objet le rappel de certaines modalités du système de garanties applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Une circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale du 21 juillet 2006 a été diffusée afin de répondre à certaines interrogations soulevées suite à la circulaire du 25 août 2005.

Le présent avenant a ainsi pour objectif de rappeler et préciser certaines modalités du système de garanties collectif et obligatoire applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Ainsi, 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 le 17 octobre 2006.

PA / GF  
JC3

## **Article 1 Champ d'application de l'accord d'harmonisation des régimes complémentaires de santé au sein de la société CSF**

L'article 2 de l'accord d'harmonisation des régimes de complémentaire santé au sein de la société CSF du 3 décembre 2004, modifié par l'avenant n°1 à l'accord d'harmonisation des régimes de complémentaire santé au sein de la société CSF du 26 octobre 2005, est remplacé par les dispositions suivantes :

➤ Les présentes dispositions concernent l'ensemble des salariés appartenant aux catégories Employés et Agents de maîtrise ayant au moins 1 an d'ancienneté au sein de la société CSF ou du Groupe Carrefour.

➤ Cependant, et sous réserve de l'évolution de la législation et réglementation en vigueur, les salariés suivants ont la faculté de refuser d'adhérer au régime :

- les salariés sous contrat à durée déterminée quelle que soit leur ancienneté ;
- les salariés à employeurs multiples justifiant de l'existence d'une couverture complémentaire obligatoire souscrite dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés pris en charge au titre de la couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (*couverture maladie universelle*) et qui en justifient, auprès de la direction, par la production d'une attestation d'affiliation chaque année.

Les salariés ont l'obligation d'informer leur employeur dès qu'ils ne sont plus pris en charge par la couverture complémentaire mentionnée ci-dessus. Ils seront alors tenus de cotiser au régime complémentaire mis en place au sein de CSF à compter de la fin de leur prise en charge au titre de la couverture maladie complémentaire et bénéficieront des garanties offertes par le régime obligatoire de base sans qu'il soit fait application d'un délai de carence.

➤ La cotisation obligatoire couvre le salarié et sa famille

➤ Néanmoins, conformément au « questions – réponses » annexé à la circulaire du 21 juillet 2006 de la Direction de la Sécurité Sociale (circulaire DSS/5B/2006/330) et plus particulièrement à la question – réponse n° 18, le conjoint et les enfants d'un salarié de l'entreprise qui sont couverts par un régime obligatoire famille de « frais de santé » mis en place dans l'entreprise du conjoint, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime. Dans ce cas, le salarié ne pourra s'opposer au précompte de sa quote-part de cotisations mais pourra choisir de ne souscrire que

AKA

af

pour sa seule protection en cotisant à titre individuel au régime de base. Il devra, en outre, fournir chaque année les justificatifs adéquats.

Cette particularité cessera de plein droit en cas d'impossibilité de présenter un nouveau justificatif.

Par ailleurs, ce système de tarification individuelle ne pourra subsister que dans la mesure où il n'entraîne pas une augmentation de la tarification « famille ». Dans le cas où la mise en place de cette tarification conduirait à une augmentation de la tarification « famille », il y sera mis fin et l'ensemble des salariés ayant choisi de cotiser à titre individuel seront automatiquement réintégrés dans le régime « famille ». A cet effet, dans le cas où il serait constaté un déséquilibre du régime, les organisations syndicales seront convoquées par la direction pour étudier l'adaptation nécessaire.

## **Article 2 Régime du système de garanties**

L'article 5 de l'accord du 3 décembre 2004, prévoit l'intégration progressive de garanties « optiques et dentaires » dans le régime obligatoire de remboursement de frais médicaux.

Le système de garanties est composé :

- d'une base obligatoire financée pour partie par l'employeur et pour partie par l'assuré ;
- d'options facultatives auxquelles l'assuré peut décider de cotiser afin de bénéficier d'un niveau de garantie plus important. Le financement de ces options est pris en charge en totalité par l'assuré.

Conformément aux dispositions de l'accord du 3 décembre 2004, il est rappelé qu'à compter du 1er janvier 2007, les garanties « optiques et dentaires » correspondant, jusqu'à cette date, à l'option de niveau 2 seront intégrées au régime de remboursement de frais médicaux collectif et obligatoire.

La possibilité pour les salariés d'adhérer à l'option de niveau 3 facultative est maintenue.

Il est par ailleurs créé une option de niveau 4 à laquelle les salariés peuvent choisir d'adhérer dans les conditions définies à l'article 4 du présent avenant. Les garanties de cette nouvelle option sont définies en annexe.

ARJ. GF  
JC3

### Article 3 Cotisations

L'article 6 de l'accord d'Harmonisation des régimes de complémentaire santé au sein de la société CSF du 3 décembre 2004 est remplacé par les dispositions suivantes :

Les cotisations servant au financement du régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux seront prises en charge par l'entreprise et les salariés, dans les conditions suivantes :

Part salariale	Part patronale	TOTAL
50 %	50 %	2,57 % du P.M.S.S.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale

Conformément à la question – réponse n°18 du « questions – réponses » annexé à la circulaire du 21 juillet 2006 de la Direction de la Sécurité Sociale (circulaire DSS/5B/2006/330), 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 1,54 % du PMSS (en lieu et place de 2,57 % du PMSS) dans les mêmes conditions que celles indiquées précédemment.

### Article 4 Modalités de changement d'option

Les salariés bénéficiaires du régime en 2006 pourront, à titre exceptionnel, souscrire aux garanties liées à l'option 3 ou à l'option 4 sans qu'il soit fait application du délai de carence de 6 mois. Cependant, pour bénéficier de cette absence de délai de carence, le salarié devra adresser sa demande par écrit au service paie dont il dépend par l'intermédiaire de son responsable hiérarchique avant le 15 janvier 2007.

Les salariés seront informés individuellement de l'évolution du régime et de la possibilité de changer d'option sans délai de carence.

Par ailleurs, à titre exceptionnel les salariés ayant adhéré à l'option 3 en 2005 ou en 2006 auront la faculté de résilier leur adhésion. La demande des salariés souhaitant ne bénéficier que du régime obligatoire devra être adressée au service paie dont ils dépendent par l'intermédiaire de leur responsable hiérarchique au plus tard le 31 décembre 2006.

PH

af

Il est rappelé que les salariés ayant bénéficié d'un changement d'option ne pourront prétendre à un nouveau changement qu'après une année pleine de cotisation.

## Article 5 Date d'effet

Le présent avenant entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

## Article 6 Dépôt, publicité

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

Le présent avenant sera déposé dans les quinze jours au plus tard suivant sa conclusion 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 et auprès de la DDTEFP du Calvados (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 et au Secrétariat Greffe du conseil de Prud'hommes de Caen.

A Paris....., le 31.10.2006

Pour la société CSF  
Monsieur Marc VEYRON

Pour le syndicat CFDT  
Madame Sophie JACOBK

Pour le syndicat FO  
Madame Gina FRANCOIS

Pour le Syndicat C.F.E C.G.C  
Monsieur Philippe MARECHAL

Pour le Syndicat CFTC  
Monsieur J-Christophe BREVIERE

Pour le Syndicat CGT  
Madame Fatiha CHALAL

Pour le syndicat FO  
Madame Gina FRANCOIS

75

RA GF  
Jc3

**Garanties obligatoires santé des non cadres**

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

**Garanties liées à l'hospitalisation et la maternité**

	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	Dans la limite des frais réels
Maternité (indemnité)	400 euros	A l'exclusion de tout autre remboursement lié à la maternité ou à la surveillance maternité

**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	300% de la BR*	y/c remboursement de SS
Prothèses audio	300% de la BR* + 400 euros	y/c remboursement de SS
Pharmacie	100% des frais réels	Pharmacie non remboursée par SS exclue

**Garanties optique et dentaire**

	Niveau de remboursement	commentaires
Soins dentaires	200% de la BR*	En sus 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

## Garanties optique et dentaire

2 Options facultatives liées aux garanties « Optique et Dentaire » seront possibles :

### OPTION 3 :

Option 3	Niveau de remboursement	commentaires
Soins dentaires	300% de la BR *	y/c remboursement de SS et du contrat de base obligatoire
Prothèses et Orthodontie acceptées ou refusées	100% FR jusqu'à 300% TC + 90%FR de 300 à 500%TC	y/c remboursement de SS et du contrat de base obligatoire dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire
Implants dentaires	300% de la BCR*	
Verres (les 2)	300% RSS + 250 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Montures	300% RSS + 150 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Lentilles acceptées, refusées, jetables	300% RSS + 200 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Kératotomie	250 Euros/Oeil	Forfait annuel par bénéficiaire

BR \* = base de remboursement de la Sécurité Sociale

BCR\* = base de remboursement reconstitué

MA CF

Jes

74

**OPTION 4 :**

<b>Option 4</b>	<b>Niveau de remboursement</b>	<b>commentaires</b>
Soins dentaires	400% de la BR *	y/c remboursement de SS et du contrat de base obligatoire
Prothèses et Orthodontie acceptées ou refusées	100% FR jusqu'à 400% TC + 90%FR de 400 à 600%TC	y/c remboursement de SS et du contrat de base obligatoire dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire
Implants dentaires	500% de la BCR*	
Verres (les 2)	400% RSS + 400 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Montures	400% RSS + 150 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Lentilles acceptées, refusées, jetables	400% RSS + 250 Euros	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Kératotomie	400 Euros/Oeil	Forfait annuel par bénéficiaire
Ostéopathe	25€ par acte	Dans la limite de 5 actes par an et par bénéficiaire
Pilule contraceptive	100% FR	Dans la limite de 70 € par an et par bénéficiaire
Appareillage auditif	450 €	Forfait annuel par bénéficiaire

BR \* = base de remboursement de la Sécurité Sociale

BCR\* = base de remboursement reconstitué

PH. AF  
JCB