

**AVENANT N° 14
A L'ACCORD COLLECTIF DU 7 JUILLET 2005
RELATIF AUX GARANTIES FRAIS DE SANTE**

ENTRE :

Le Groupe VIVARTE

Dont le siège social est situé 28, avenue de Flandre – 75019 Paris

Représenté par Jean-Jacques DOEBLIN agissant en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines du Groupe,

D'UNE PART,

ET

Les organisations syndicales représentatives de salariés :

- La Fédération des services CFDT représentée par Madame Nathalie LAVABRE
- La Fédération CFE CGC SNECS représentée par Monsieur Vincent BOURSIER
- La Fédération CGT Commerce Distribution Services représentée par Monsieur Karim CHEBOUB
- La Fédération des Employés et Cadres CGT FO représentée par Monsieur Gérald GAUTIER
- Le Syndicat CFTC des salariés du Groupe Vivarte représenté par Monsieur Michel PEYRAGA

Ci-après désignées « les organisations syndicales »

D'AUTRE PART.

PREAMBULE

Les 6 octobre 2017, a été présenté à la Commission de Suivi des Frais de santé les comptes annuels 2016 et du 1^{er} semestre 2017 laissant apparaître un déficit dans le ratio prestations/cotisations. Une réflexion s'est engagée au cours des réunions des 12 et 18 octobre 2017 sur une modification de l'approche intégrant un régime de base obligatoire d'un niveau de remboursements faibles et de 3 options facultatives améliorant les remboursements du régime de base. A l'issue de ces réunions, une refonte globale du régime a été décidée afin d'améliorer de façon sensible le régime de base.

Le présent avenant a pour objet de finaliser le résultat des études menées qui ont conduit à fusionner le régime de base 2017 et l'option 1 2017 pour établir un nouveau régime de base 2018 appelé « base renforcée », et deux options facultatives dont les garanties figurent en annexe 3.

Le présent avenant concerne les sociétés dont la liste figure en Annexe 1 (Elles constituent « le Groupe VIVARTE » au sens du présent avenant) et a pour objet de formaliser la modification du régime Frais de Santé Vivarte.-

L'ensemble des cotisations du nouveau régime de base et des 2 options figurent en annexe 2.

Il a été décidé ce qui suit :

ARTICLE 1

COTISATIONS

L'article 1 de l'avenant 13 est modifié comme suit

A compter du 1^{er} janvier 2018, la **cotisation mensuelle** servant au financement des garanties du régime de base obligatoire « frais de santé » est prise en charge par les entreprises du Groupe VIVARTE et par leurs salariés, selon les modalités suivantes :

	Part salariale	Part Entreprise	TOTAL
Salariés relevant exclusivement du régime général de la sécurité sociale	10.08€ au 01/01/2018	14.60€ au 01/01/2018	24.68€ au 01/01/2018
Salariés relevant du régime dit « Alsace Moselle »(départements 57, 67, 68)	6.39€ au 01/01/2018	9.25€ au 01/01/2018	15.64€ au 01/01/2018

Afin de préserver l'équilibre technique du compte, il a été acté que la part Entreprise serait majorée de **2.50€ par mois à effet du 1^{er} janvier 2019**, et ce sans rapport et de façon indépendante par rapport aux résultats techniques de l'exercice 2017 et du 1^{er} semestre 2018.

Cette cotisation est forfaitaire et non proratisable.

Il est rappelé qu'il existe deux types d'extensions au régime de base « frais de santé » :

- l'extension facultative de la couverture du salarié à ses ayants-droit et,
- l'extension des garanties par adhésion à des options de garanties facultatives.

Les deux types d'extensions sont facultatifs et seront, par conséquent, à la charge exclusive du salarié.

La participation de l'entreprise, quelle que soit l'option retenue, se limite au montant mentionné au présent article 1.

ARTICLE 2

DURÉE - DATE D'EFFET - RÉVISION - CHANGEMENT D'ORGANISME ASSUREUR

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2018.

Il est conclu pour une durée indéterminée. La validité du présent avenant est subordonnée à sa signature par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives dans les conditions prévues à l'article L.2232-12 du Code du travail.

Les parties signataires conviennent que le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une d'entre elles ou dans les conditions prévues par 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 signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai de deux 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 avenant qu'il modifiera.

Les parties signataires du présent avenant ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de deux 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. Les conséquences de cette dénonciation sont régies, notamment, par les articles L. 2261-10 et L. 2261-11 du Code du travail.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance collective emportera, de plein droit, caducité du présent avenant par disparition de son objet.

ARTICLE 3

DÉPÔT ET PUBLICITÉ

Un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la DIRECCTE de Paris ainsi qu'au secrétariat greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Une version sur support électronique sera également communiquée à la DIRECCTE de Paris.

Ces formalités de dépôt seront assorties, notamment, de la liste, en trois exemplaires, des établissements auxquels le présent avenant s'applique, ainsi que de leurs adresses respectives.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Enfin, le présent avenant sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la Direction pour sa communication avec le personnel.

A Paris, le octobre 2017

Fait en 8 exemplaires originaux, dont deux pour les formalités de publicité.

Pour le Groupe VIVARTE

Jean-Jacques DOEBLIN

Directeur des Ressources Humaines du Groupe

Pour les organisations syndicales représentatives :

La Fédération des services CFDT représentée par Nathalie LAVABRE

La Fédération CFE CGC SNECS représentée par Vincent BOURSIER

La Fédération CGT Commerce Distribution Services représentée par Karim CHEBOUB

La Fédération des Employés et Cadres CGT FO représentée par Gérald GAUTIER

Le Syndicat CFTC des salariés du Groupe Vivarte représenté par Michel PEYRAGA

**Annexe 1 : Liste des sociétés du groupe VIVARTE concernées par le contrat
frais de santé en vigueur**

ANDRE – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 413 156 969 RCS PARIS

CAROLL – 38, rue du Hameau – 75015 PARIS
R.C.S. : 582 001 707 RCS PARIS

COMPAGNIE EUROPEENNE DE LA CHAUSSURE – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 413 156 795 RCS PARIS

COSMOPARIS – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 352 975 056 RCS PARIS

LA HALLE – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 413 151 739 RCS PARIS

MINELLI – 155, rue du Dirigeable – Z.I. Les Paluds – 13400 AUBAGNE
R.C.S. : 413 157 306 RCS MARSEILLE

NOVARTEX – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 443 470 638 RCS PARIS

SAN MARINA – Z.I Les Paluds – 155, rue du Dirigeable 13400 AUBAGNE
R.C.S. : 321 875 205 RCS MARSEILLE

SMC SERVICES – Z.I Les Paluds – 155, rue du Dirigeable 13400 AUBAGNE
R.C.S. : 432 713 063 RCS MARSEILLE

VIVARTE – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 308 449 024 RCS PARIS

VIVARTE SERVICES – 28, avenue de Flandre – 75019 PARIS
R.C.S. : 413 157 090 RCS PARIS

Annexe 2 : Montant des cotisations du contrat frais de santé au 1^{er} janvier 2018

Cotisations santé pour les salariés actifs

	ENSEMBLE DU PERSONNEL - REGIME GENERAL		
	BASE RENFORCEE	OPTION 2	CONFORT
Salarié (la part patronale appliquée sur la cotisation des salariés est de 14,60€)	24.68 €	46.71 €	77.40 €
Conjoint	29.48 €	48.94 €	79.48 €
Enfant 1 & 2 (gratuité à partir du 3ème enfant)	17.79 €	27.60 €	41.99 €

	ENSEMBLE DU PERSONNEL - ALSACE MOSELLE		
	BASE RENFORCEE	OPTION 2	CONFORT
Salarié (la part patronale appliquée sur la cotisation des salariés est de 14,60€)	15.64 €	31.59 €	56.82 €
Conjoint	17.74 €	32.08 €	54.15 €
Enfant 1 & 2 (gratuité à partir du 3ème enfant)	10.80 €	16.89 €	28.66 €

Cotisations santé pour les retraités

	REGIME GENERAL		
	BASE RENFORCEE	OPTION 2	CONFORT
Participant	74.67 €	141.33 €	234.22 €
Conjoint	88.43 €	146.83 €	238.45 €
Enfant 1 & 2 (gratuité à partir du 3ème enfant)	53.37 €	82.80 €	125.98 €

	ALSACE MOSELLE		
	BASE RENFORCEE	OPTION 2	CONFORT
Participant	47.33 €	95.59 €	171.92 €
Conjoint	53.24 €	96.23 €	162.46 €
Enfant 1 & 2 (gratuité à partir du 3ème enfant)	32.41 €	50.67 €	85.98 €

Annexe 3 : Les garanties du contrat frais de santé à effet du 1^{er} janvier 2018

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale	REGIME SOCLE "RENFORCE" - Adhésion obligatoire -	REGIME OPTION 2 (y compris les garanties du régime socle) - Adhésion facultative -	REGIME OPTION CONFORT (y compris les garanties du régime socle) - Adhésion facultative -
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Honoraires - Signataires CAS	200 % MR	300 % MR	400 % MR
Honoraires - Signataires CAS (Ets non conv)	200 % MR	300 % MR	400 % MR
Honoraires - Non signataires CAS	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Honoraires - Non signataires CAS (Ets non conv)	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Frais de séjours	200 % MR	300 % MR	400 % MR
Frais de séjours (Ets non conv)	200 % MR	300 % MR	400 % MR
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €	18 €
Chambre particulière	2,50 % PMSS/jour	2,50 % PMSS/jour	4 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	2 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Consultations et visites généralistes - Signataires CAS	150 % BR	180 % BR	350 % BR
Consultations et visites généralistes - Non signataires CAS	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires CAS	280 % BR	300 % BR	350 % BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataires CAS	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Actes de spécialité, Radio, Actes techniques médicaux - Signataires CAS	175 % BR	175 % BR	315 % BR
Actes de spécialité, Radio, Actes techniques médicaux - Non signataires CAS	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Ostéodensitométrie, arthrocentèse	120 % BR	150 % BR	270 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	120 % BR	150 % BR	270 % BR
Auxiliaires médicaux	120 % BR	150 % BR	270 % BR
Orthopédie, prothèse médicale, petit appareillage, grand appareillage remboursé par la SS	250 % MR	250 % MR	450 % MR
PHARMAÇIE			
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
TRANSPORT			
Transport remboursé par la SS	100 % MR	250 % MR	450 % MR
FRAIS DENTAIRES			
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % MR	250 % MR	460 % MR
Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores - Inlays-onlays remboursés par la SS	320 % MR dans la limite de 50% PMSS / an / bénéficiaire ; au-delà 125% BR - SS	570 % MR dans la limite de 100% PMSS / an / bénéficiaire ; au-delà 125% BR - SS	600 % MR dans la limite de 100% PMSS / an / bénéficiaire ; au-delà 125% BR - SS
Orthodontie remboursée par la SS	200 % MR	375 % MR	460 % MR
Implants (implant + pilier implantaire)	Néant	Néant	600 € / implant (maxi 2 implants / an / bénéficiaire)
FRAIS D'OPTIQUE			
Outillage optique (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)			
Verres simples + Monture remboursée par la SS (enfant - 18 ans)	380 % MR (mini : 100 €)	620 % MR (mini : 100 €)	750 % MR (mini : 100 €)
Verres complexes + Monture remboursée par la SS (enfant - 18 ans)	380 % MR (mini : 200 €)	620 % MR (mini : 200 €)	750 % MR (mini : 200 €)
Verre simple + Verre complexe + Monture remboursée par la SS (enfant - 18 ans)	380 % MR (mini : 150 €)	620 % MR (mini : 150 €)	750 % MR (mini : 150 €)
Verres simples + Monture remboursée par la SS (adulte et enfant 18 ans et +)	600 % MR + 6% PMSS	700 % MR + 7% PMSS	885 % MR + 9% PMSS
Verres complexes + Monture remboursée par la SS (adulte et enfant 18 ans et +)	600 % MR + 6% PMSS	700 % MR + 7% PMSS	885 % MR + 9% PMSS
Verre simple + Verre complexe + Monture remboursée par la SS (adulte et enfant 18 ans et +)	600 % MR + 6% PMSS	700 % MR + 7% PMSS	885 % MR + 9% PMSS
Lentilles non jetables (enfant - 16 ans) - Limité à 1 paire / an / bénéficiaire	380 % MR	620 % MR	750 % MR
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) - Limité à 1 paire / an / bénéficiaire	540 % MR + 4% PMSS	626 % MR + 6% PMSS	885 % MR + 9% PMSS
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) - Limité à 1 paire / an / bénéficiaire	5 % PMSS/an/bénéficiaire	6 % PMSS/an/bénéficiaire	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	200 € / œil	230 € / œil	300 € / œil
MATERNITE ET ADOPTION			
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	10 % PMSS/an/bénéficiaire	15 % PMSS/an/bénéficiaire	25 % PMSS/an/bénéficiaire
PREVENTION ET AUTRES SOINS			
Forfait pour cure thermale remboursée par la SS	10 % PMSS/an/bénéficiaire	10 % PMSS/an/bénéficiaire	30 % PMSS/an/bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	30 € / séance (maxi 3 séances / an / bénéficiaire)	30 € / séance (maxi 4 séances / an / bénéficiaire)	45 € / séance (maxi 5 séances / an / bénéficiaire)
Dététicien	50% FR dans la limite de 1% PMSS / séance (plafond annuel : 3% PMSS / an)	50% FR dans la limite de 1,50% PMSS / séance (plafond annuel : 4,50% PMSS / an)	75% FR dans la limite de 1,50% PMSS / séance (plafond annuel : 6% PMSS / an)
Sevrage tabagique	Néant	30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	6 % PMSS / an / bénéficiaire	6 % PMSS / an / bénéficiaire	6 % PMSS / an / bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

⁽¹⁾ En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

⁽²⁾ Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale

