

AVENANT
A L'ACCORD-CADRE DU 27 FEVRIER 2001 INSTITUANT DES GARANTIES
COLLECTIVES « DECES- INCAPACITE-INVALIDITE » ET REMBOURSEMENT
DE FRAIS MEDICAUX DANS LE GROUPE FRANCE TELECOM

Entre les soussignés

- Les sociétés du groupe France Telecom ayant signé ou adhéré à l'accord cadre du 27 février 2001, représentées par Monsieur Bernard BRESSON, agissant en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines du Groupe France Telecom,

Ci après « les sociétés adhérentes »,

d'une part,

- Les organisations syndicales représentatives des salariés de droit privé dans l'ensemble des entreprises visées ci-dessus :

- le syndicat CFDT représenté par Mme Franca SALIS-RADINIER
- le syndicat CFE-CGC représenté par M Lynik ROBBRECHTS
- le syndicat CFTC représenté par M^{me} Chloé SURENBERG
- le syndicat CGT représenté par M
- le syndicat FO représenté par M^{me} Marlène GILLOT
- le syndicat SUD représenté par M^{me} Caroline ANGOZI

d'autre part.

Handwritten signatures and initials:
a m
CG NS
Vth

APRES AVOIR RAPPELE QUE :

L'accord cadre conclu le 27 février 2001 a prévu la mise en place dans le Groupe FRANCE TELECOM d'un régime couvrant les garanties «décès-incapacité-invalidité» et remboursement de frais médicaux. Cet accord a fixé les principales caractéristiques de ce régime de groupe (taux de cotisations et garanties) et les conditions dans lesquelles les sociétés du Groupe France Telecom pouvaient y adhérer.

Il a par ailleurs été complété au niveau local par des accords déterminant, dans les limites fixées par l'accord cadre, les catégories de salariés bénéficiaires du régime, la répartition des cotisations entre les salariés et l'entreprise, et d'éventuelles conditions d'ancienneté.

Compte tenu des résultats du régime de groupe et des impacts attendus de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'organisme assureur a indiqué dès le mois d'octobre 2004 qu'il ne pourrait reconduire le contrat aux conditions actuelles en 2005. Toutefois afin de donner le temps aux partenaires sociaux de prendre les mesures nécessaires au rééquilibrage du régime, il a accepté de proroger le contrat d'assurance jusqu'au 31 mars 2005.

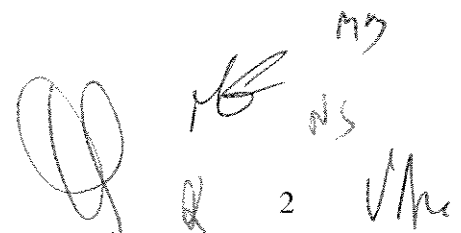
La commission de suivi prévue par l'article 9.2 (chapitre 9) de l'accord cadre du 27 février 2001 a été informée sur cette question.

A la suite de cette information, des négociations ont été engagées avec les organisations syndicales représentatives dans l'ensemble des sociétés adhérentes, dans les conditions prévues par la loi n°2004-391 du 4 mai 2004.

Dans le cadre de ces négociations, il est apparu qu'il était nécessaire :

- de respecter systématiquement les règles édictées par les textes définissant le contenu des contrats dits « responsables »
- de réajuster le niveau des prestations de remboursement de frais de santé en maintenant une couverture de bon niveau pour les risques les plus lourds,
- d'augmenter les taux de cotisations du régime de remboursement de frais de santé de 11,36% afin de limiter les baisses de prestations et de ne pas dégrader la qualité du régime,
- de relever le taux d'appel des garanties "décès-incapacité-invalidité», dans les conditions prévues par l'accord cadre du 27 février 2001.

Les partenaires sociaux ont par conséquent décidé de compléter et modifier l'accord cadre du 27 février 2001 dans les conditions suivantes :

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are several scribbles and initials, including what appears to be 'MB', 'NS', and 'V/M'. A small number '2' is also visible.

**IL A ETE DECIDE CE QUI SUIT EN APPLICATION DE L'ARTICLE L 911-1 DU
CODE DE LA SECURITE SOCIALE**

Article 1 : Cotisations finançant les garanties « remboursement de frais médicaux »

Pour l'ensemble des sociétés adhérentes, la cotisation est uniformément fixée à :

3,26 % du salaire brut dans la limite de la tranche A¹ des rémunérations, avec une cotisation minimale de 1,42 % du salaire plafond de la tranche A ;

2,28 % du salaire brut dans la limite de la tranche A des rémunérations, avec une cotisation minimale de 1,00 % du salaire plafond de la tranche A pour les participants relevant du régime de sécurité sociale de l'Alsace Moselle.

Pour les sociétés adhérentes dont les taux de cotisation était de 1,89% des tranches A et B du salaire à la date de signature de l'accord cadre du 21 février 2001, la cotisation est fixée à :

2,10% des tranches A et B du salaire,

1,47% des tranches A et B du salaire pour les participants relevant du régime de sécurité sociale de l'Alsace Moselle.

Ce relèvement des taux de cotisations sera effectif à compter du 1^{er} mai 2005.

La cotisation est uniforme quelle que soit la situation de famille, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.2.4. (chapitre 5) de l'accord cadre du 27 février 2001.

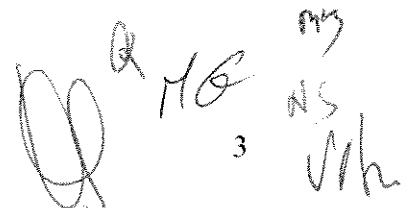
Ces dispositions se substituent à celles de l'article 5.2.1. (chapitre 5) de l'accord cadre du 27 février 2001.

Article 2 : Garanties de remboursement de frais médicaux

Les garanties figurant en annexe 1 au présent avenant remplacent à compter du 1^{er} juin 2005 les garanties de remboursement de frais médicaux décrites à l'annexe 3 de l'accord cadre du 27 février 2001.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des sociétés adhérentes, y compris à ceux dont le contrat de travail est suspendu pour quelque raison que ce soit, ainsi qu'aux anciens salariés éventuellement maintenus en garanties au titre du contrat du Groupe

¹ Tranche de salaire inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including a large signature, the number '3', and other initials.

Ces nouvelles garanties seront, si nécessaire, adaptées afin de respecter les règles qui seront fixées par décret en application de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les exclusions ou obligations de prise en charge prévues par ce texte seront applicables de plein droit au régime de groupe France Telecom.

Cet ajustement interviendra lors de l'entrée en vigueur du (ou des) décret(s) susvisé(s).

Les parties conviennent de se revoir si nécessaire, à l'initiative de la plus diligente d'entre elles.

Article 3 : Cotisations finançant les garanties « décès-incapacité-invalidité »

L'accord cadre du 27 février 2001 prévoyait que les cotisations finançant ces garanties seraient appelées à concurrence de 80 % pour la période du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2002, et qu'au delà, le taux d'appel pourrait être automatiquement révisé en fonction des résultats du régime dans la limite de 10 % par an.

Cette clause n'a toutefois jamais été mise en œuvre.

Compte tenu des résultats du régime, il est décidé de porter le taux d'appel à 90 % du taux contractuel à compter du 1^{er} mai 2005

Par conséquent, à compter de cette date, les cotisations seront appelées sur la base de 90% du taux contractuel prévu par l'article 6.2.1. de l'accord cadre du 27 février 2001, soit :

Tranche A ²	1,49 %
Tranche B ³ et C ⁴	1,67 %

A l'issue de l'exercice 2005 en cas de déficit constaté lors de la présentation des comptes de résultats du régime, le taux d'appel pourra être automatiquement révisé en fonction des résultats du régime observés sur la même période, sans que l'augmentation ne puisse avoir pour effet de porter les cotisations au-delà du taux contractuel figurant à l'article 6.2.1 de l'accord cadre du 27 février 2001.

² Tranche A = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

³ Tranche B = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

⁴ Tranche C = Salaire compris entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

Handwritten signatures and initials: "OK", "MS", "NS", "4", and a large signature.

Article 4 : Durée, dépôt et publicité

Le présent avenant s'appliquera dans l'ensemble des sociétés adhérentes, pour une durée indéterminée, à compter du 1^{er} mai 2005, à l'exception des dispositions prévues à l'article 2 mises en œuvre à compter du 1^{er} juin 2005.

Il emporte révision des dispositions de l'accord cadre du 27 février 2001 dans les conditions prévues ci-dessus. Il pourra lui-même être révisé dans les conditions prévues par l'article L.132-7 du Code du travail.

Les autres dispositions de l'accord cadre du 27 février 2001 restent inchangées.

Le présent avenant sera notifié à chacune des organisations syndicales représentatives.

Conformément à la loi, il sera déposé en cinq exemplaires à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et en un exemplaire au secrétariat du greffe du Conseil des Prud'hommes, après l'expiration d'un délai de 8 jours commençant à courir à compter de sa notification à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait à Paris, le 29/04/05

Pour les organisations syndicales :

**Pour les sociétés du Groupe
FRANCE TELECOM ayant
signé ou adhéré à l'accord du 27
février 2001 :**

> Pour la CFDT Franca SALIS - RADINIER



> Pour la CFE-CGC Lydie RIBBERECHTS

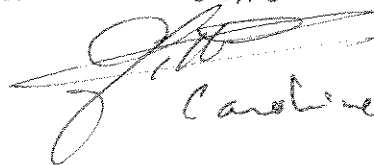


> Pour la CFTC M^{me} Nicole Sursinems



> Pour la CGT

> Pour FO Martine Gillet



> Pour SUD

Caroline ANGOI 

ANNEXE 1

Garanties frais de santé à compter du 1er juin 2005

GARANTIES	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale et le cas échéant par tout autre organisme	
	Hôpital conventionné	Hôpital non conventionné
FRAIS D'HOSPITALISATION (1)		
Chirurgie	100% des frais réels	
Hospitalisation médicale	dans la limite de 400 % du montant remboursé par la S.S. (MR)	
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 14 €/ jour (2)	
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)	
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de la convention RFH dans les établissements adhérents au RFH (7) 100 % des frais réels dans la limite de 34,50€/jour dans les établissements non adhérents au RFH	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour (3)	
FRAIS DE MALADIE	Parcours médical respecté/ Enfants de moins de 16 ans	Hors parcours médical
Consultation-Visite - généraliste	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	80 % des frais réels dans la limite de 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
- spécialiste, professeur	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Analyse – Pratique médicale courante	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Électrothérapie – radiologie	la participation forfaitaire n'est pas remboursée (4)	
Soins par auxiliaires médicaux prothèses auditives	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la SS (MR)	
Autres prothèses médicales, orthopédie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la S.S. (MR)	
ostéodensitométrie	100% des frais réels dans la limite de 31€ par an	
Pharmacie	100 % des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)	
FRAIS DE CURES THERMALES acceptés par la Sécurité sociale	1 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3), par jour, dans la limite de 21 jours	
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du MR Dents de devant : 400% du montant remboursé par la S.S Dents du fond : 250% du montant remboursé par la S.S dans la limite des frais réels	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale		
Orthodontie acceptée par la SS	100 % des frais réels dans la limite de 350 % du MR	
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la SS (5)	80 % des frais réels dans la limite de : - Dents de devant : 316 € (8) - Dents du fond : 197 € (8) - Orthodontie : 580 € par semestre (8)	
implants dentaires	100% des frais réels dans la limite de 28% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3) par an	
OPTIQUE		
Verres remboursés (la paire)	100 % des frais réels dans la limite de : 20 % du PMSS pour les verres complexes 15 % du PMSS pour les verres moyens 12 % du PMSS pour les verres simples limitation à 2 verres par personne et par an (4 pour les enfants de moins de 16 ans)	
Lentilles remboursées par la SS	100 % des frais réels dans la limite de 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3) par personne et par an	
Lentilles non remboursées y compris lentilles jetables	100 % des frais réels dans la limite de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3) par personne et par an	
Montures	90 % des frais réels dans la limite de 6,5% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3) limitation à une monture par personne et par an (2 pour les enfants de moins de 16 ans)	
chirurgie réfractive	100% des frais réels dans la limite de 24% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3) par œil	
FRAIS DE MATERNITE (y compris l'hospitalisation)	forfait égal à 40% du plafond mensuel de la S.S. (3) par enfant(6) à l'exclusion de tout autre remboursement	

IMPORTANT : Le régime de remboursement de frais de santé est géré dans le cadre d'un "contrat responsable" et prévoit donc :

- de ne pas rembourser la participation forfaitaire pour les actes et consultations des médecins et actes de biologie médicale
- Hors Parcours Médical, l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration du ticket modérateur ou du dépassement d'honoraires en cas de non passage par le médecin traitant ou de refus d'accès au dossier médical

- (1) Sont exclus les frais de chirurgie esthétique;
 (2) limite de 14 € en 2005, 15 € en 2006 et 16 € en 2007
 (3) Valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins. Exercice 2005 : 2516 €
 (4) La participation forfaitaire est fixée à 1 euro en 2005
 (5) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature Sécurité sociale (NGAP)
 (6) il n'est versé qu'un seul forfait par naissance
 (7) RFH : règlement fédéral hospitalier
 (8) prestations évoluant dans les mêmes conditions que les prestations similaires acceptées par la Sécurité Sociale