

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 Madame Brigitte DUMONT agissant en sa qualité de Directrice des Ressources Humaines France,

Ci après « les sociétés adhérentes »,

d'une part,

- Les représentants, dûment mandatés à cet effet, des organisations syndicales représentatives des salariés dans les sociétés du Groupe France Télécom :
 - le syndicat CFDT représenté par M^{me} *Catherine DUPOY BOREL*
 - le syndicat CFE-CGC représenté par M *Patrice Sewin*
 - le syndicat CFTC représenté par M *Pierre JULLO*
 - le syndicat CGT représenté par M
 - le syndicat FO représenté par M *OLIVIER BRENAGET*
 - le syndicat SUD représenté par M *CHRISTINE FERNOT*

d'autre part.

RS *CP* *OB*
COB *PJ*

APRES AVOIR RAPPELE QUE :

Par accord cadre en date du 27 février 2001, ont été instituées les garanties collectives « décès – incapacité - invalidité » et « remboursement de frais médicaux » dans le Groupe. Ce régime a fait l'objet d'un contrat souscrit auprès de La Mutuelle Générale et de NOVALIS Prévoyance, agissant an qualité de co-assureurs.

Suite à la mise en œuvre des mesures de l'avenant du 29 avril 2005, l'équilibre du régime a été progressivement restauré et ses réserves financières se sont reconstituées, reposant la question de la mise en œuvre d'un taux d'appel sur les cotisations « décès, incapacité-invalidité ».

A cette occasion, il a été décidé de procéder au réexamen des conditions de mutualisation du régime et du choix des organismes assureurs conformément à l'article L.912-2 du Code de la Sécurité sociale.

La commission de suivi prévue par l'article 9.2 (chapitre 9) de l'accord cadre du 27 février 2001 a été informée de ces éléments et des négociations ont été engagées avec les organisations syndicales représentatives dans l'ensemble des sociétés adhérentes.

C'est dans ce contexte que les parties à l'accord collectif cadre du 27 février 2001, tel que modifié par avenants du 29 avril 2005, du 11 avril 2006 et du 25 novembre 2008 ont souhaité procéder à sa révision et reconduire à cette occasion la désignation des deux organismes co-assureurs du régime.

Après information de la commission de suivi et après information et consultation des comités d'entreprise des sociétés constituant le Groupe France Télécom

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale :

Article 1

Cotisations finançant les garanties « décès, incapacité-invalidité »

A compter du 1^{er} janvier 2010, il est décidé de fixer le taux d'appel des cotisations à 80 % du taux contractuel, tel que mentionné à l'article 6.2 de l'accord-cadre.

Tranche A	1,33 %
Tranches B et C	1,48 %

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

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

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

A compter de 2011, le taux d'appel prévoyance pourra être modifié chaque année en fonction du ratio Réserves/Cotisations contractuelles (décès incapacité invalidité + remboursement de frais de santé)
Avenant prévoyance du 2 décembre 2009

ESOM² PB
BO PT

15

au 1er jour du trimestre civil suivant la présentation des comptes en commission prévoyance (Connaissance des résultats de l'année n-1), dans les conditions suivantes :

Ratio \geq 20% Taux d'appel de 80% des cotisations contractuelles

Ratio \geq 10% et $<$ 20% Taux d'appel de 90% des cotisations contractuelles

Ratio $<$ 10% Taux d'appel de 100% des cotisations contractuelles

Le mécanisme prévu pour la modification du taux d'appel a pour objectif d'assurer un niveau de réserves qui permettra de sécuriser et de maintenir la pérennité du régime, 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.

Article 2

Reconduction de la désignation des co-assureurs

A l'issue de l'examen des conditions de renouvellement du régime, la désignation de La Mutuelle Générale et NOVALIS Prévoyance, telle que stipulée au chapitre 3 de l'accord cadre, est reconduite pour une durée de cinq ans.

Conformément à l'article L 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant, réexaminer le choix des organismes assureurs désignés ci-dessus. A cet effet, elles se réuniront 6 mois avant l'échéance, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant l'expiration de ce délai, la modification du présent avenant en respectant la procédure prévue par les articles, L2261-7 et L2261-8, ainsi que sa dénonciation partielle sur ce point précis, selon la procédure régie des articles L2261-9 et suivants du Code du travail.

Article 3

Durée-Révision-Dénonciation-Dépôt-publicité

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2010.

Il emporte révision des stipulations de l'accord collectif cadre du 27 février 2001 et ses avenants, dans les conditions prévues ci-dessus. Les autres termes de l'accord restent inchangés.

Il pourra, à tout moment, être modifié en respectant la procédure prévue par les articles, L2261-7 et L2261-8, et dénoncé selon celle issue des articles L2261-9 à L2261-13 du Code du travail.

Conformément aux articles D.2231-2 à D.2231-8 du Code du travail, un exemplaire du présent accord sera déposé auprès de la Direction du travail, de l'emploi de la Formation Professionnelle et du secrétariat greffe du Conseil des Prud'hommes.

Une version sur support électronique est également communiquée à la Direction du travail, de l'emploi de la Formation Professionnelle.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Enfin, en application des articles L.2262-1, R.2262-1 et R.2262-2 du Code du travail, il 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 ainsi que sur intranet.

Fait à Paris, le 2 décembre 2009

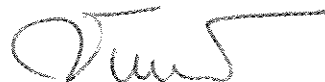
Pour les organisations syndicales :

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

Brigitte DUMONT

Directrice des Ressources Humaines
France

> Pour la CFDT *Caroline DUPOY BOREL*
eBorel



> Pour la CFE-CGC *Patrice Sausin*

> Pour la CFTC *Pierre JULLO*
P. Jullo

> Pour la CGT

> Pour FO *OLIVIER BRENARD*
Brenard

> Pour SUD *Christine Pernet*
Pernet

ANNEXE 1

Garanties frais de santé au 1er janvier 2010			
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		
FRAIS D'HOSPITALISATION (1)	Hôpital conventionné	Hôpital non conventionné	
	100% des frais réels		
	dans la limite de 400 % du montant remboursé par la S.S. (MR)		
	100 % des frais réels dans la limite de 16 €/ jour (2)		
	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR) (4)		
	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3)		
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)	
	Electrothérapie – radiologie	les franchises médicales (4) et la participation forfaitaire (5) ne sont pas remboursées	
	Soins par auxiliaires médicaux	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la SS (MR)	
	Prothèses auditives	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la S.S. (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) (4)	
	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			
100 % des frais réels dans la limite de 350 % du MR			
Orthodontie acceptée par la SS			
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la SS (6)			
80 % des frais réels dans la limite de : - Dents de devant : 316 € - Dents du fond : 197 € - Orthodontie : 580 € par semestre			
Implants dentaires	100% des frais réels dans la limite de 28% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3) par an		
OPTIQUE	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		
Lentilles non remboursées y compris lentilles jetables			
100 % des frais réels dans la limite de 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale (3)			
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(7) 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, ni les franchises médicales sur la pharmacie, le transport et les actes effectués par les auxiliaires médicaux
- 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 16 € en 2009, 18 € prévu dans le cadre du PLFSS pour 2010

(3) Valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins. Exercice 2009 : 2589 €. Exercice 2010 : non connu à ce jour

(4) Les franchises médicales fixées depuis 2008 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux

(5) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie

(6) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature Sécurité sociale (NGAP)

(7) il n'est versé qu'un seul forfait par naissance

RS
 5
 COB
 CD
 RD
 OB
 DT

