

DECISION UNILATERALE formalisant le régime de « remboursement des frais de santé »

PREAMBULE

La Société VILOGIA PRIVILEGE, dont le siège social est situé 74 rue Jean Jaurès à VILLENEUVE D'ASCQ, représentée par Monsieur Patrice FAURENS en sa qualité Directeur Général, a décidé de définir les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficie l'ensemble du personnel en matière de remboursement complémentaire de frais médicaux.

Compte tenu de l'obligation de renouvellement du contrat d'assurance du Régime « frais de santé » à effet du 01/01/2022, un appel d'offre a été lancé, afin de procéder à la désignation de l'Assureur et du Gestionnaire du régime. Suite à cet appel d'offre, il a été décidé que le régime Frais de santé sera souscrit auprès de la compagnie d'assurances Generali et le gestionnaire Gras Savoye.

Après information et consultation du Comité social et économique, la société VILOGIA PRIVILEGE a décidé de formaliser par la présente le régime de remboursement des frais de santé pour l'ensemble du personnel.

Article 1 : Objet

Cet engagement de la société VILOGIA PRIVILEGE prendra effet le 01/01/2022 et a pour objet d'organiser les conditions d'adhésion des salariés au contrat d'assurance collectif souscrit par l'intermédiaire de GRAS SAVOYE.

Conformément aux modalités prévues à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur et/ou de l'intermédiaire fera l'objet d'un réexamen quinquennal. Ces dispositions n'interdisent pas, avant le réexamen, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement par l'employeur du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative de la présente décision.

Article 2 : Salariés bénéficiaires

Le régime concerne l'ensemble des membres du personnel de la société.

Pendant une suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation par l'employeur ou par un organisme assureur au titre d'une couverture cofinancée par VILOGIA PRIVILEGE, les garanties sont maintenues dans les conditions fixées à l'article 3.

Article 3 : Salariés dont le contrat de travail est suspendu

3.1. Dans l'hypothèse du maintien des garanties

Indépendamment des cas éventuels de gratuité des garanties prévues dans la notice d'information, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, revenu de remplacement versé par l'employeur et/ou indemnisation par le régime de prévoyance sous réserve qu'il soit cofinancé par l'employeur), le bénéfice du présent régime est maintenu.

Dans cette hypothèse, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

3.2. Lorsque la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à indemnisation

Indépendamment des cas éventuels de gratuité des garanties prévues dans la notice d'information, le bénéfice du présent régime peut être maintenu durant la durée de la période de suspension concernée (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé de solidarité internationale) aux mêmes conditions de garanties et de cotisations que pour les salariés en activité. Le salarié s'acquitte de sa cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

Article 4 : Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime est obligatoire.

Par dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion des salariés, une dispense d'affiliation est possible dans les cas prévus par la loi et ses décrets d'application (article L. 911-7 et D. 911-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale) exclusivement sur demande écrite de la part des salariés.

Ont la possibilité de refuser d'adhérer au présent régime, sous réserve de justifier de leur situation, les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, de l'une des situations ci-après énumérées, au moment de l'embauche, ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures (conformément à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale) :

- Les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou en contrat de mission lorsque l'adhésion à la couverture collective et obligatoire aboutirait à ce qu'ils soient couverts pendant une durée inférieure à 3 mois, sous condition qu'ils justifient bénéficier d'une couverture santé respectant les critères des contrats responsables. Ces salariés peuvent bénéficier du « versement chèque santé » institué par l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale.
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture. Le salarié doit justifier de cette dispense auprès de l'employeur.
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause de renouvellement tacite, la disposition prend fin à la date de reconduction tacite. La demande de dispense doit s'accompagner d'un justificatif.
- Les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaires de l'un des dispositifs suivants :
 - o les salariés déjà bénéficiaires d'une couverture collective d'entreprise remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale par ailleurs, et qui en justifient chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.
 - o les salariés bénéficiaires du régime d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle.
 - o les salariés bénéficiaires du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.
 - o les salariés bénéficiaires du régime de protection sociale complémentaire des fonctions publiques d'Etat et territoriale en application des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011.
 - o les salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance groupe issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 (dispositif « loi Madelin »).

Les demandes de dispense mentionnées ci-avant doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prend effet la couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale ou la couverture dont bénéficie le salarié par ailleurs parmi les dispositifs énoncés ci-dessus.

Le salarié devra justifier annuellement auprès de l'employeur de sa dispense d'affiliation.

La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En tout état de cause, les salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire frais de santé dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-avant et doivent en informer immédiatement l'employeur.

A défaut de demande de dispense justifiée, adressés à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de leur embauche ou de la date de prise d'effet des couvertures, les salariés seront obligatoirement affiliés au régime de base.

En outre, peuvent demander une dispense d'affiliation :

- a. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois,
- b. Les salariés à temps partiel et les apprentis dont les cotisations aux régimes complémentaires instaurés par l'employeur seraient égales ou supérieures à 10 % de leur rémunération brute.

Il est précisé que ces dispenses (a et b) ne pourront être sollicitées qu'au moment de l'embauche du salarié. Les salariés souhaitant bénéficier des dispenses ci-dessus, devront préciser le cadre dans lequel ils se situent.

Pour ce faire, les salariés concernés compléteront et retourneront au service du personnel, le formulaire disponible auprès de ce même service ainsi que sur l'intranet.

Les salariés qui, lors de l'embauche, ont sollicité une dispense justifiée par une des situations a et b, peuvent demander ensuite à s'affilier, mais cette affiliation est alors définitive et irrévocable sauf s'ils viennent à entrer ultérieurement dans les cas de dispense d'ordre public précisées aux 1° et 3° de l'article D.911-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Lorsque les conjoints ou assimilés¹ sont tous deux salariés de la société, ils peuvent demander par écrit à ne s'affilier que l'un ou l'autre (le second étant alors son ayant-droit).

Il est rappelé que les salariés et/ou leur(s) ayant(s)-droit sollicitant une dispense d'affiliation ne bénéficient pas des garanties du présent régime.

¹ On entend par couple, les personnes mariées non séparées de corps judiciairement ou liées par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou vivant en concubinage. La situation de couple devra être conforme aux définitions des ayants-droit précisées dans la notice d'information délivrée par l'organisme assureur du régime.



La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Dans les cas énumérés, les salariés entrant dans l'une des catégories ci-dessus seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire.

Article 5 – Rupture du contrat de travail

5.1. Maintien temporaire des garanties :

Les anciens salariés dont le contrat de travail a fait l'objet d'une rupture ouvrant droit à l'indemnisation de l'assurance chômage, à l'exclusion d'un licenciement pour faute lourde, continuent à bénéficier des garanties de frais de santé applicables dans l'entreprise, sous réserve de justifier de leur situation et selon les conditions définies à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

5.2. Article 4 de la loi Evin :

Les anciens salariés dans les situations visées par l'article 4 de la loi Evin (n° 89-1009) peuvent obtenir le maintien de la couverture par l'assureur à condition de le demander dans un délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période pendant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (conformément au point 6.1.).

Article 6 – Cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » seront définies comme suit :

6.1. Le régime de base obligatoire dit « Base » :

6.1.1. Taux, assiette, répartition des cotisations :



Le présent régime de remboursement de frais de santé revêt un caractère familial et couvre à titre obligatoire les salariés comme indiqué à l'article 2.

En tout état de cause, et/ou à défaut de choix, sauf les cas précisés à l'article 4, le salarié devra cotiser selon la formule « Base ».

Pour 2022	Cotisation mensuelle « Base »		
Frais de santé	Cotisation totale	Part salariale	Part patronale
	106,07 €	10,61 €	95,46 €

6.1.2. Évolution des cotisations :

En cas de baisse ou de hausse ultérieure des cotisations, celle-ci sera répercutée entre l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions.

Le partage de ces évolutions de cotisations, entre l'employeur et le salarié, s'effectuera dans les mêmes proportions que celles constatées au 1^{er} janvier 2022 (c'est-à-dire que la part patronale correspond à 90 % du montant de la cotisation).

6.2. Le régime optionnel facultatif dit « Option » :

Le salarié souhaitant améliorer le niveau des garanties dont il bénéficie au titre du régime obligatoire « Base » peut choisir d'adhérer à titre facultatif à un régime complémentaire optionnel dit « Option » dans les conditions fixées par la notice d'information.

L'adhésion au régime dit « Option » est conditionnée à l'adhésion au régime « Base ».

6.2.1. Taux, assiette, répartition des cotisations :

Le financement de ce régime est entièrement et exclusivement à la charge des salariés qui le choisissent. A titre informatif, les cotisations s'élèvent à :



Pour 2022	Cotisation mensuelle « Option »
Frais de santé	Cotisation complémentaire salariale
	+ 36.63€

A titre informatif et compte-tenu des tarifs applicables au 1^{er} janvier 2022, un salarié ayant choisi l' « Option » sera redevable d'une cotisation salariale mensuelle totale de **47, 24€**.

6.2.2. Evolutions des cotisations :

Pour cette garantie optionnelle, le salarié supportant seul son coût, supportera l'évolution des cotisations tant à la hausse qu'à la baisse.

6.3. Précompte salarial :

Les salariés seront directement prélevés sur leurs bulletins de paie.

Article 7 - Evolution ultérieure des cotisations

La cotisation globale est susceptible d'être révisée à l'occasion des renouvellements annuels du (ou des) contrat(s) d'assurance, en fonction des résultats et de l'équilibre financier constatés sur le régime « remboursement frais médicaux » ou en cas de changement législatif ou réglementaire.

En tout état de cause, les éventuelles évolutions futures des cotisations, liées notamment aux résultats du régime, seront réparties entre l'employeur et les salariés dans les proportions ci-dessus définies.

Article 8 : Information individuelle

Une notice d'information établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application, est remise à chaque salarié, ainsi qu'à tout nouvel embauché bénéficiaire.

Toute modification sera communiquée dans les mêmes conditions.

Article 9 : Information collective

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties frais de santé.

Article 10 – Garanties

Il est précisé que les garanties ne constituent, en aucun cas, un engagement de l'employeur et relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 11 - Durée, modification, dénonciation

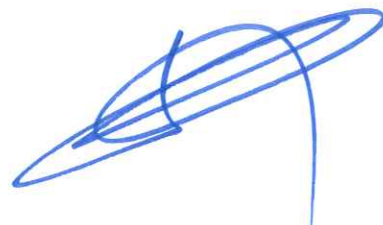
La présente décision unilatérale prendra effet au 01/01/2022 pour une durée indéterminée. Elle annule et remplace à compter de cette date tout autre usage ou DUE antérieur portant sur le même objet.

Elle pourra être modifiée ou dénoncée en application de la procédure de dénonciation des usages.

Le 30 novembre 2021

M. Patrice FAURENS

Directeur général



ANNEXE 1 : (TRANSMISE A TITRE PUREMENT INDICATIF) – TABLEAU DES GARANTIES AU JOUR DE LA SIGNATURE DE LA DECISION UNILATERALE

Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
DENTAIRE		
Prothèses dentaires « 100 % santé »⁽¹⁾	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)
Soins hors « 100% Santé »		
Soins	100% TM	100% BR
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	300% BR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100% BR	300% BR
Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)		
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	200% BR	350% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	200% BR	350% BR
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	170% BR	270% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR reconstituée	200% BR reconstituée
Implantologie		
Implantologie prise en charge par la Sécurité sociale	200% BR	350% BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale	4% PMSS / implant / an / bénéficiaire	6% PMSS / implant / an / bénéficiaire
Parodontologie		
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	20% PMSS/ traitement
(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques honoraires limites de facturation (HLF). Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires ne peut excéder le HLF. À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses dentaires.		
(2) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 10 les honoraires de facturation sont limités. Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires ne peut excéder le HLF.		
(3) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités		
Garanties y compris Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés		
OPTIQUE⁽¹⁾ - Réseau ITELIS		
Equipements « 100 % santé »- Monture & Verres de classe A⁽²⁾ (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Prestations et équipements «hors 100% Santé»		
Monture & Verres de Classe B ⁽³⁾		
Monture		
Verre simple	} Voir grille optique	} Voir grille optique
Verre complexe		
verre très complexe		
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	100% des frais réels dans la limite du PLV	100% des frais réels dans la limite du PLV
Lentilles correctrices		
Lentilles de contact, y compris jetables, prises en charge ou non par la Sécurité sociale	5% PMSS/ an / bénéficiaire	10% PMSS/ an / bénéficiaire
Autres prestations optique		
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité Sociale	5% PMSS/ œil / an	10% PMSS/ œil / an
(1) Faculté de prise en charge : Renouvellement à compter de la date d'acquisition : - tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans inclus et + ; - tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans ; - tous les 6 mois pour les enfants -6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans. Exceptions : - Renouvellement anticipé pour raisons médicales - 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux équipements l'un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables les périodicités de renouvellement sont (2) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise renforcée, dans la limite des prix fixés (Prix limites de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. (3) en cas de panachage, le montant de remboursement de l'équipement sur la classe A est déduit de la garantie de l'équipement classe B.		

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

GRAS SAVOYE
W&S Services Médicaux S.A.P.S.A.

Garanties en complément de la Sécurité sociale ou compris la Sécurité sociale	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
AUTRES POSTES		
Transports		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Maternité		
Forfait maternité par enfant né viable y compris en cas d'adoption	5% PMSS	10% PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale		
Soins et hydrothérapie	100% TM	100% TM
Frais de transport et hébergement	-	25% PMSS
Médecine douce		
Sevrage tabagique	75 € tous les 2 ans / bénéficiaire	75 € tous les 2 ans / bénéficiaire
Ostéopathie, chiropractie, éthiopatie et microkinesie	35 € / séance, maxi 3 / an bénéficiaire	55 € / séance, maxi 3 / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM
Assistance médicale à la procréation	6% PMSS	6% PMSS
Examen amniocentese	6% PMSS	6% PMSS
Garantie Assistance	Incluse	Inclus

Grille optique- Réseau Itelis



CATEGORIE	TYPES DE VERRES / équipement	VILOGIA SA	
		Régime de base	Régime optionnel
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	Enfant -16 ans : 240 € Enfant 16 et + : 300 € Adulte : 300 €	420 €
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	355 €	515 €
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	410 €	610 €
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	410 €	610 €
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	255 €	705 €
f)	Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	525 €	800 €
Pour l'application des montant indiqués ci-dessous, la prise en charge des monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €			

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.



pt