



DECISION UNILATERALE INSTITUANT UN REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE

L'entreprise BONIFAY, Société par Actions Simplifiée, dont le siège social est situé à 849 avenue Colonel PICOT, 83100 TOULON. Inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulon sous le numéro 344 585 575, représentée par

- Madame Valérie STRINI agissant en qualité de Directrice Générale

1 - PRÉAMBULE

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n°2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, l'entreprise institue de façon unilatérale un régime complémentaire de frais de santé, dans les conditions définies ci-après.

2 - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

La présente Décision Unilatérale a pour objet de définir les conditions d'une couverture complémentaire collective et obligatoire de remboursement des frais médicaux dans l'entreprise au profit des salariés définis dans l'article 3 « salariés bénéficiaires ».

ARTICLE 2 - CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR

Le régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux fait l'objet d'un contrat souscrit auprès de la Mutuelle du Var - EMOA, sis 285, rue de la Cauquière - B.P. 117 - SIX FOURS LES PLAGES (83180).

Conformément à l'article L 912-2 du Code de la Sécurité Sociale, l'entreprise devra, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet de la présente décision, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement par l'employeur du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative de la présente décision.

3 – ADHESION AU REGIME

ARTICLE 3 – SALARIES BENEFICIAIRES

Le présent régime bénéficie à l' ensemble des salariés de l' entreprise présents et à venir, à compter de la date d' effet précisée ci-dessous.

- **Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation**

L' adhésion est maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient d' un maintien de salaire, total ou partiel, ou d' indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l' employeur qu' elles soient versées directement par l' employeur ou pour son compte par l' intermédiaire d' un tiers ou d' un revenu de remplacement versé par l' employeur.

Ce dernier cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l' activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l' employeur (congé de mobilité, congé de reclassement...).

Dans une telle hypothèse, l' employeur 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.

- **Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation**

L' adhésion d' un salarié pourra être maintenue en cas de suspension de son contrat de travail sans maintien de rémunération. Dans ce cas, la cotisation est versée dans son intégralité par le salarié (part employeur et part salarié).

ARTICLE 4 – CARACTERE OBLIGATOIRE DE L' ADHESION DES SALARIES

L' adhésion au régime est obligatoire à compter du 1er janvier 2016 pour tous les salariés, ci-dessus définis, a fortiori pour ceux embauchés postérieurement, dans les conditions définies par la présente décision.

Toutefois, les salariés présents dans l' entreprise à la date de mise en place du présent régime, ont la faculté de refuser d' y adhérer. Pour ce faire, ils devront formuler leur décision par écrit auprès du Service Ressources Humaines dans les 15 jours suivant la notification de la présente décision.

12

L' accord prévoit les cas de dispense à l' adhésion au régime de complémentaire santé.

- **Dispense d' affiliation de droit**

- 1- Salariés déjà embauchés avant le 1^{er} Janvier 2016, date de la mise en place du régime.
- 2- Salariés bénéficiaires d' une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, dite « Complémentaire santé solidaire ».
- 3- Salariés qui, à la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, sont déjà couverts par une assurance individuelle « remboursement de frais médicaux », et ce pour la durée restant à courir jusqu' à la prochaine date d' échéance du contrat individuel. Ces salariés devront produire tout document attestant de l' existence du contrat individuel et de sa date d' échéance,
- 4- Salariés en contrat de mission ou en contrat à durée déterminée si la durée de la couverture collective obligatoire dont ils pourraient prétendre est inférieure à 3 mois (durée appréciée à compter de la date de prise d' effet du contrat de travail et hors portabilité) et si ces salariés justifient d' une couverture complémentaire par ailleurs respectant les exigences du contrat responsable.

Ces salariés doivent produire la justification d' une couverture individuelle ou de l' aide. La dispense est admise jusqu' à échéance du contrat individuel ou à cessation de l' aide.

5- Salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu' ayants droit, d' une couverture collective, relevant de l' un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :

- a- Dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire au sens de l' article L.242-1 alinéa 6 du Code de la Sécurité sociale,
- b- Contrat d' assurance de groupe dits « Loi Madelin »,
- c- Régime local d' assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle
- d- Régime complémentaire d' assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- e- Régime spécial des gens de mer (ENIM),
- f- Régime complémentaire d' assurance maladie auquel participe l' Etat, ses établissements publics ou une collectivité territoriale- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

- **Dispense d' affiliation simple**

- Les salariés et apprentis sous contrat d' une durée inférieure à 12 mois,
- Les salariés et apprentis sous contrat d' une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu' ils produisent tout document justifiant d' une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties « remboursement de frais médicaux »,
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d' une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute,

En tout état de cause, ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de l' employeur, leur dispense d' adhésion au régime de remboursement de frais médicaux.

Dans tous les cas, la demande de dispense doit être formulée au moment de l' embauche, ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties, ou à la date à laquelle prend effet le droit.

Les dispenses d' affiliation relèvent du libre choix du salarié. Chaque dispense doit résulter d' une demande écrite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier et faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

L' employeur doit conserver la preuve de la demande de dispense ainsi que tous justificatifs transmis à cet effet. Les salariés dispensés devront informer l' employeur de tout changement de situation. Ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu' ils cesseront de bénéficier d' une des dispenses mentionnées ci-dessus.

ARTICLE 5 – FINANCEMENT

Le financement du régime collectif et obligatoire est assuré par des cotisations mensuelles exprimées en euros.

Le montant de la cotisation varie selon la structure de cotisation retenue.

ARTICLE 6 – PORTABILITE

Aux termes de l' article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d' assurance chômage, d' un maintien de la couverture frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l' entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité. Le droit à portabilité est subordonné au respect de l' ensemble des conditions fixées à l' article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale et sera mis en œuvre conformément à ses dispositions

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs exécutés au sein de l' entreprise. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Il est convenu que ce maintien de garanties serait financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de « remboursement des frais médicaux » des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre. À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d' assurance chômage selon les modalités prévues par la notice d' information qui lui a été remise, l' ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DE GARANTIES AU PROFIT DES ANCIENS SALARIES

En application de l' article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l' organisme assureur organise le maintien de la couverture au profit des anciens salariés dans les conditions suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d' une rente d' incapacité ou d' invalidité, d' une pension de retraite, ou s' ils sont privés d' emploi, d' un revenu de remplacement sans condition de durée, et

- les personnes garanties du chef de l' assuré décédé pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès,

Ils peuvent solliciter de l' organisme assureur des garanties frais de santé, le maintien de ces garanties sans condition de période probatoire, ni d' examens ou de questionnaires médicaux, et ce dans un délai de 6 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail, de la fin du droit à la portabilité mentionné ci- dessus, ou de la fin de leur droit à portabilité, ou du décès.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables peuvent être supérieurs aux tarifs applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret et précisées lors de l' adhésion par l' organisme assureur.

4 - PRESTATIONS

ARTICLE 8 - PRESTATIONS DE LA COUVERTURE

La couverture mise en place au titre de la présente décision unilatérale couvre les frais relatifs aux frais de soins de santé et aux frais d' hospitalisation tels que définis à l' article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Ces garanties, souscrites auprès de l' organisme assureur visé à l' article 2 « Choix de l' organisme assureur », sont annexées à la présente décision unilatérale à titre informatif.

Les prestations souscrites, qui sont résumées dans le descriptif joint à titre informatif, ne constituent en aucun cas un engagement pour l' employeur, qui n' est tenu, à l' égard de ses salariés, qu' au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessous

Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l' organisme assureur.

Par ailleurs, le présent régime ainsi que le contrat d' assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles relatifs au contrat responsable, du Code de la sécurité sociale, et de l' article 83-1^o quater du Code général des impôts, ainsi que des décrets pris en application de ces dispositions.

Toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition des contrats « responsables », ou les conditions d' exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s' appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l' ensemble de ces dispositions légales ou réglementaires.

En cas de reconduction du contrat avec des prestations réévaluées, la présente décision reste valable.

5 - COTISATIONS

ARTICLE 9 - COUVERTURE OBLIGATOIRE DU SALARIE

Les cotisations acquittées au titre du régime obligatoire sont destinées au financement de la couverture obligatoire des salariés.

Les cotisations ci-dessus définies seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les conditions suivantes :

- Part patronale : 50 %,
- Part salariale : 50 %.

ARTICLE 10 - COUVERTURE FACULTATIVE DES AYANTS DROITS ET OPTION

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de couvrir leur ayants droits (conjoint et/ou enfants) tels que définis par le contrat d'assurance pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime susvisé.

Par ailleurs, les salariés souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime obligatoire peuvent adhérer, à titre facultatif, à un régime complémentaire optionnel, dans les conditions fixées par le contrat d'assurance.

Les cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative des ayants-droits et au financement de la couverture complémentaire optionnelle, ainsi que leurs évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié. Elles viennent s'ajouter aux cotisations salariales telles que rappelées ci-avant, et seront précomptées sur le compte bancaire du salarié.

Les taux de cotisations au financement de ces options et leurs indexations sont fixés par l'organisme assureur, et définis par le contrat d'assurance souscrit à cet effet.

ARTICLE 11 - EVOLUTION ULTERIEURE DES COTISATIONS

Il est expressément convenu que l'obligation de l'employeur se limite au seul paiement des cotisations rappelées à l'article 10 pour leurs taux et montants arrêtés à cette date.

Toute évolution ultérieure des cotisations sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée à l'article 10.

6 – DUREE, MODIFICATION, DENONCIATION

L'engagement de l'entreprise de faire bénéficier ses salariés d' un régime de garanties collectives frais de santé est à durée indéterminée.

La présente décision unilatérale prend effet dans l' entreprise à compter du 1^{er} Juin 2023, pour une durée indéterminée.

Elle pourra à tout moment être modifiée ou dénoncée, conformément à la procédure jurisprudentielle prévue pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l' employeur en vigueur à cette date.

7 – INFORMATION INDIVIDUELLE

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d' information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d' application.

Il en sera de même lors de chaque modification des garanties.

8 – INFORMATION COLLECTIVE

Conformément à l' article R.2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à la mise en place ou la modification des garanties.

Toulon, le 12 Mai 2023

Pour la direction
BONIFAY SAS
Valérie STRINI
Direction Générale



HOSPITALISATION / SOINS COURANTS / PRÉVENTION	SOCLÉ	OPTION 1 (SOCLÉ INCLUS)	OPTION 2 (SOCLÉ INCLUS)
HOSPITALISATION			
<i>La franchise est prise en charge dans toutes les garanties</i>			
Honoraires conventionnés si praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	155%	180%	200%
Honoraires conventionnés si praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	175%	200%	220%
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	155%	180%	200%
Frais de transport remboursés par le RO (1)	115%	115%	115%
SOINS COURANTS			
Visites et Consultations généralistes et spécialistes, échographies, actes techniques d'imageries et actes techniques médicaux			
si praticiens conventionnés non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	155%	180%	200%
si praticiens conventionnés adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	175%	200%	220%
Auxiliaires médicaux	155%	180%	200%
Analyses médicales	155%	180%	200%
Vignette bleue, orange, blanche	100%	100%	100%
Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés par le RO (1)	155%	180%	200%
PRÉVENTION			
7 actes de prévention	Oui	Oui	Oui
PASS + EMOA : votre couverture complémentaire, en cas d'accident, en France ou à l'étranger pour vos activités sportives, de loisirs, voyages ou de la vie courante.	Oui	Oui	Oui
Assistance à Domicile	Oui	Oui	Oui
OPTIQUE (2)			
Depuis le 1er Janvier 2020 - Équipements éligibles au 100% Santé**	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
<i>Prestations hors équipement du panier 100% Santé : verres et montures de Classe B</i>			
Équipement 2 verres simples	200€	250 €	300 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	250€	325 €	400€
Équipement 2 verres complexes ou très complexes	300€	400 €	500 €
Dont forfait maximum pour la monture	90€	100 €	100 €
Chirurgie réfractive (3)	90€	150 €	350 €
Lentilles remboursées ou non par le RO (1) (4)	6% PMSS	9% PMSS	15% PMSS
DENTAIRE			
Depuis le 1er Janvier 2020 - Panier de soins 100% Santé**	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
<i>Prestations hors panier 100% Santé (soins et prothèses)</i>			
Soins et chirurgie dentaires remboursés par le RO (1)	150%	175%	200%
Prothèses dentaires remboursées par le RO (1) (dans la limite de 3 prothèses par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, versement à 125 %)	150%	300%	400%
Orthodontie remboursée par le RO (1)	150%	300%	400%

AIDES AUDITIVES

Depuis le 1er Janvier 2021 - Panier de soins 100% Santé**

Prise en charge d'un équipement par oreille tous les 4 ans

Équipement « 100 % Santé » Classe I

Équipement Classe II, dans la limite de 1 700 € par oreille

Piles et accessoires

MODULE CONFORT +

+ BIEN ÊTRE ET MÉDECINE DOUCE

Consultation : Chiropractie, ostéopathie, podologue, pédicure, psychologue, diététicien (limité à 4 par an, praticien diplômé d'état de la discipline)

Ostéodensitométrie non remboursée par le RO (1) (3)

Cure thermique remboursée par le RO (1) (3)

Prothèses auditives remboursées par le RO (1) ***

Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le RO (1)

Auto médication, veinotonique, homéopathie (3)

Arrêt tabac sur prescription médicale (3)

Vaccins non remboursés par le RO (1) (3)

+ HOSPITALISATION

Chambre particulière (limité à 90 jours par an dont 30 jours en hospitalisation en établissement de convalescence, maison d'enfant à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite)

Frais de télévision (limité à 90 jours par an)

Frais d'accompagnement (limité à 30 jours par an) (5)

+ DENTAIRE

Implants prothèses et orthodontie non pris en charge ou refusés par le RO (1) (3)

Supplément traitement parodontie non remboursé par le RO (1) (3)

(1) RO : régime obligatoire

(2) 1 équipement composé de 2 verres + 1 monture tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue et enfant de moins de 16 ans

(3) Par an et par bénéficiaire

(4) Forfait bisannuel - Hors produits d'entretien, accessoires et lentilles de couleur non correctrices

(5) Uniquement facture de lit accompagnant et repas servi à l'hôpital ou en clinique

*QU'EST-CE QUE L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)?

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Pour savoir si votre médecin est adhérent à l'OPTAM, rendez-vous sur ameli-direct.fr

**Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

*** Le forfait exprimé en euros s'apprécie globalement. Si le forfait n'est pas totalement consommé lors de l'acquisition du premier équipement, la somme restante pourra être attribuée en cas d'acquisition d'une seconde aide auditive. La prise en charge d'une aide auditive classe II est limitée à 1700 €, selon les conditions du contrat responsable.

Les prestations s'entendent en pourcentage des tarifs de convention ou des tarifs de responsabilité ; régime obligatoire compris, dans la limite des frais réels engagés.

Les forfaits en euros s'entendent en complément des prestations versées par le régime obligatoire le cas échéant. Remboursements au 01/01/2021.