

ACCORD COLLECTIF D'ENTREPRISE
Instituant un Régime Complémentaire
« FRAIS DE SANTE »

ENTRE LES SOUSSIGNES

Entre la société SERVAIR SA, sise Roissypôle - Bât. Altaï 10-14 rue de Rome – BP 19701 - 95726 ROISSY CDG Cedex, représentée par Monsieur Alain CLEVY agissant en qualité de Directeur Général Adjoint Ressources Humaines et Politique Sociale,

D'une part,

Et,

Les Organisations Syndicales Représentatives au niveau de l'entreprise, prises en la personne de leurs Délégués Syndicaux Centraux régulièrement désignés,

D'autre part,

Il a été décidé ce qui suit, en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation du comité d'entreprise :

Préambule

Les Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'entreprise et la Direction se sont réunies afin de définir les modalités des régimes de protection sociale complémentaire dont bénéficie le personnel non cadre de la Société SERVAIR SA, en matière de remboursement complémentaire de frais de santé.

Cet accord permettra d'offrir des garanties en matière de remboursement de frais de santé, à l'ensemble des salariés non cadres de SERVAIR SA et d'assurer une meilleure mutualisation du risque au travers d'une convention d'assurance collective. Cet accord permettra ainsi d'assurer l'équilibre du régime et de pérenniser son bon fonctionnement en recherchant le meilleur rapport garantie /coût.

Article 1 : Objet

Les parties signataires du présent accord formalisent la mise en œuvre d'un régime de remboursement de frais de santé à effet du 01/01/2018, afin de réaliser, dans un esprit de solidarité, une mutualisation entre les salariés, des risques liés aux dépenses de santé.

Afin de mettre en œuvre dans les meilleures conditions le système de garanties, d'offrir aux salariés un bon niveau de garantie et d'optimiser la gestion du régime frais de santé, la direction souscrit un contrat d'assurance collective frais de santé auprès d'un organisme d'assurance, ou une institution de prévoyance, habilité, par l'intermédiaire d'une société de conseil en courtage et confie la gestion des prestations à un organisme gestionnaire indépendant de l'assureur.

Outre la complémentaire santé, les parties signataires rappellent l'importance des actions de prévention et d'information sur la santé des bénéficiaires et sur les comptes de résultats des régimes, la Direction s'engage ainsi à mettre en œuvre par l'intermédiaire des organismes précités des campagnes d'information et de prévention et d'organiser des actions de sensibilisation et de promotion de la santé.

Article 2 : Bénéficiaires du régime Frais de santé

Le présent régime Frais de santé est mis en place au bénéfice de l'ensemble du personnel non cadres de la société SERVAIR ayant 4 mois d'ancienneté.

fu pde
ge
h

Article 3 : Adhésion au régime de base « isolé »

L'adhésion au régime de base « isolé » est obligatoire à compter de la date d'effet du régime pour l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie de personnel définie à l'article 2 du présent accord.

L'obligation d'adhésion résulte de la conclusion du présent accord ; elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'y opposer.

Les prestations garanties par le régime de base sont définies au regard des remboursements actuels servis par la Sécurité Sociale et en fonction de l'équilibre du régime ; elles pourront en conséquence évoluer en cas de modification de la prise en charge des frais de santé par cet organisme ou pour tenir compte de l'équilibre du régime.

Toutefois peuvent ne pas adhérer au régime :

- ❖ Les 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.
- ❖ Les salariés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) - la dispense cesse à la date à laquelle les salariés ne bénéficient plus de cette couverture.
- ❖ Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense temporaire s'applique jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Si le contrat individuel prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.
- ❖ Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations au titre d'un autre emploi dans le cadre
 - d'un dispositif collectif et obligatoire
 - d'un contrat d'assurance groupe dit « Madelin » pour les travailleurs non salariés,
 - du régime local d'Alsace Moselle,
 - du régime complémentaire des industries électriques et gazières (IEG),
 - d'une complémentaire santé de la fonction publique d'Etat (issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou territoriale (issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011),
- ❖ Les salariés ou apprentis titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée de moins de 12

mois, sans qu'ils aient besoin de fournir un justificatif de couverture souscrite par ailleurs.

- ❖ Les salariés ou apprentis titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée au moins égal à 12 mois à condition qu'ils justifient de bénéficier d'une couverture individuelle frais de santé par ailleurs.
- ❖ Les salariés et apprentis à temps partiel dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute (en tenant compte des cotisations versées par le salarié à l'ensemble des régimes de protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire).

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.

La demande de dispense des salariés devra indiquer le cadre dans lequel la dispense est formulée le cas échéant l'organisme assureur portant le contrat souscrit par ailleurs et la date de la fin du droit s'il est borné. Elle devra, en outre, être accompagnée des justificatifs éventuels.

Les salariés dispensés devront informer l'employeur de tout changement de situation.

En tout état de cause, tout salarié sera tenu de cotiser au régime dès lors qu'il ne bénéficiera plus d'une des dispenses mentionnées ci-dessus.

Article 4 : Affiliation des ayants droit du salarié couvert au régime de base « isolé »

Les ayants droit du salarié couvert sont définis par le contrat d'assurance.

Leur affiliation au présent régime est facultative, en fonction du choix du salarié. Ce dernier devra s'acquitter de la cotisation correspondante prévue à l'article 9.

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble, l'un étant ayant droit de l'autre, ou séparément. La participation patronale mentionnée à l'article 9.3 ne bénéficie qu'aux salariés affiliés à titre principal.

Article 5 : Prestations du régime de base « isolé »

La couverture mise en place au titre du régime de base « isolé » couvre au moins les frais relatifs aux garanties définies à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Ces garanties, souscrites auprès de l'organisme assureur visé à l'article 1^{er}, sont annexées au présent accord.

Les garanties souscrites font l'objet d'une notice d'information.

Les prestations sont garanties par l'organisme assureur et relèvent de sa seule responsabilité. L'employeur n'est tenu, à l'égard des salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

L'ensemble des garanties souscrites respectent le cahier des charges des contrats responsables (obligations de prise en charge et de non prise en charge), institué par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

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.

Article 6 : Régime facultatif

En complément du régime de base obligatoire, les salariés visés à l'article 2 ont la faculté d'adhérer, à titre individuel ou pour eux-mêmes et leur famille, au régime facultatif de couverture complémentaire frais de santé dans les conditions fixées par les contrats d'assurance.

Ce régime intègre et complète le régime de base obligatoire défini ci-dessus.

Article 7 : Salariés retraités

Les retraités SERVAIR ont la possibilité d'adhérer à titre individuel et sans participation de l'entreprise au régime de couverture complémentaire frais de santé, sous réserve d'en formuler la demande auprès de l'organisme assureur dans un délai maximum de six mois après leur date de départ. Lesdits retraités peuvent ainsi disposer des mêmes prestations que les actifs, aux conditions tarifaires spécifiques fixées par l'organisme de complémentaire santé et ce conformément à la loi EVIN.

Article 8 : Portabilité des droits du régime Frais de santé

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, le salarié dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage peut bénéficier d'un maintien de ses garanties frais de santé de manière temporaire.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le coût de ce maintien de garanties est intégré aux cotisations afférentes aux salariés sous contrat de travail.

Article 9 : Cotisations afférentes au régime Frais de santé

- En complément du régime de base obligatoire, les salariés concernés ont la faculté d'adhérer, à titre individuel ou pour eux même et leur famille à l'un des régimes facultatifs de couverture complémentaire frais de santé dans les conditions fixés par les contrats d'assurance.

Article 9.1 : Financement des cotisations afférentes au régime Frais de santé.

Le financement de la couverture frais de santé mis en place est assuré par le versement de cotisations.

Le niveau de cotisations est fixé de façon forfaitaire pour tous les salariés concernés. Il dépend du régime choisi et du choix d'inscription.

Article 9.2 – Participation financière de l'entreprise

L'entreprise s'engage à prendre en charge à hauteur de 49,90 euros au 1^{er} janvier 2018, la cotisation due au titre de l'adhésion obligatoire en régime de base « isolé » ou au titre de l'adhésion au régime facultatif.

Il est expressément convenu que l'obligation de SERV AIR, en application du présent accord, se limite au seul paiement de la part de cotisation correspondant au régime de base « isolé » obligatoire.

Article 9.3 – Part salariale de la cotisation

La part de cotisation versée par le salarié dans le cadre du régime facultatif de couverture complémentaire frais de santé est égale à la différence entre la cotisation due à l'organisme assureur et la participation de l'entreprise dont le montant est déterminé à l'article 9.2 du présent accord.

pm
hnc
sc
h

Article 9.4 : Evolution ultérieure des cotisations afférentes au régime

Les cotisations peuvent évoluer en fonction des résultats techniques du régime ou des évolutions légales et réglementaires, dans ce cas, l'obligation de SERVAIR est limitée au paiement de la cotisation définie à l'article 9.3 du présent accord.

Cependant ce montant pourra évoluer dans le cadre des négociations sur la rémunération, le temps de travail, et le partage de la valeur ajoutée dans l'entreprise (ex Négociation Annuelle Obligatoire).

En tout état de cause, le comité de pilotage défini à l'article 12.2.2 du présent accord, chargé notamment du suivi de l'évolution des cotisations sera informé des éventuelles augmentations notifiées par les organismes assureurs et pourra, dans ce cadre, proposer en accord avec la Direction de réduire les prestations, afin de limiter en tout ou partie l'augmentation des cotisations.

S'agissant des cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative de la famille et/ou au financement du régime optionnel, il est rappelé qu'elles sont à la charge exclusive du salarié. Tel est également le cas de leurs évolutions ultérieures.

Article 10 : Cas des salariés en suspension du contrat de travail dans le cadre du régime Frais de santé

❖ Suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation

L'affiliation du salarié et la participation patronale sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'un maintien de rémunération de la part de l'employeur ou d'un tiers agissant pour son compte (un organisme assureur par exemple).

❖ Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation

L'affiliation du salarié et la participation patronale sont également maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu

- pour une durée au plus égale à 2 mois,
- Pour longue maladie, telle que définie à l'article D322-1 du Code de la sécurité Sociale, soit au maximum pour une durée de 3 ans
- dans le cadre, au maximum de 2 congés parentaux d'éducation, sous réserve que l'intéressé fournisse une attestation sur l'honneur par laquelle il reconnaît ne pas être couvert par un régime complémentaire de santé au titre de son conjoint, concubin ou pacsé.

En cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas droit à rémunération ou à indemnisation de SERVAIR, outre les cas visés ci-dessus, le salarié peut maintenir sa couverture complémentaire frais de santé sous réserve d'en formuler la demande et du paiement direct de l'intégralité de la cotisation correspondant à ladite couverture, auprès de l'organisme assureur, dans les conditions fixées par cet organisme.

m
PM
dyc
sc

Article 11 : Mesure de compensation des variations de cotisations

Eu égard aux variations de cotisations induites par le changement de structure de cotisation au 01/07/2017 et 01/01/2018, la Direction s'engage à verser aux salariés dont les cotisations salariales au titre du régime Frais de santé ont augmenté par rapport au 30/06/2017 et dès lors que la situation administrative est restée inchangée, une compensation partielle selon la grille annexée au présent accord qui sera versée sur la paie du mois de janvier 2018 et sous réserve de ne pas avoir changé d'option depuis le 01/07/2017.

Article 12 : Information

Article 12.1. Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, la société SERV AIR remet à chaque salarié et à tout nouvel embauché couverts par le régime, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant, notamment, les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement de toute modification des garanties.

Article 12.2. Information collective

12.2.1. Comité Central d'Entreprise

Conformément aux dispositions légales, le Comité Central d'Entreprise sera obligatoirement informé et consulté préalablement à la modification de garanties collectives mentionnées à l'article L911-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En outre, chaque année, le Comité Central d'Entreprise aura connaissance du rapport annuel de l'assureur sur les comptes du régime frais de santé ainsi que des propositions et avis émis par le Comité de Pilotage défini à l'article 12.2.2.

Il sera ainsi tenu informé du rapport sinistre/prime et des conséquences sur l'équilibre financier du système.

12.2.2. Comité de Pilotage

Il est institué un Comité de Pilotage qui est constitué de la Direction et d'un membre des services Ressources Humaines des établissements 1 et 2, ainsi que de l'organisme de conseil et de courtage et de deux membres par Organisation Syndicale Représentative au niveau de l'entreprise signataire du présent accord.

Le Comité de Pilotage est chargé :

pr
mc
m 82

- Du suivi de l'application du présent accord
- De faire connaître aux organismes assureurs, notamment par la transmission de ses comptes rendus de réunion, les éventuelles difficultés rencontrées dans la gestion du régime de couverture complémentaire santé,
- Du suivi de l'évolution annuelle des cotisations, et des dépenses,
- De proposer des actions ponctuelles de prévention.
- De solliciter auprès de la Direction l'ouverture de discussions en vue du lancement d'un nouvel appel d'offre en vue de changer le cas échéant d'organisme assureur, dans le respect des dispositions applicable au contrat signé entre l'organisme assureur et la société SERVAIR.

Plus spécifiquement, au regard des différentes discussions avec les Représentants du personnel au cours de l'année 2017, la Direction s'engage à réaliser avec le Comité de Pilotage une analyse des garanties actuelles à compter de janvier 2018 afin d'étudier l'opportunité d'en revoir la pertinence. Dans cette perspective, le Comité de pilotage se réunira une fois par mois dès janvier 2018 et jusqu'au mois de mai 2018. Le travail collectif ainsi réalisé devra permettre de lancer, suivant des dispositions convenues avec le Comité de pilotage, un appel d'offre avant le 30 juin 2018. En fonction des réponses des organismes consultés, il sera alors décidé, ou pas, de consulter le CCE sur l'opportunité de remettre en cause le contrat avec l'organisme assureur actuel avant le 31 octobre 2018, date permettant la mise en place d'un nouveau régime au 1er janvier 2019.

En outre, le Comité de Pilotage se réunira deux fois durant l'année afin d'étudier les résultats financiers du régime et les conséquences de ces résultats sur l'évolution des cotisations au cours de l'exercice suivant. L'une de ces 2 réunions sera préalable à l'information annuelle du Comité Central d'Entreprise prévue par le présent accord ou avant l'information, consultation du Comité Central d'Entreprise en cas de projet de modification des garanties assurées. Par ailleurs le Comité sera également réuni à la demande expresse d'une Organisation Syndicale Représentative au niveau de l'entreprise signataire du présent accord.

Article 13 : Date d'effet et durée

Le présent accord, mettant en place un régime frais de santé est conclu pour une durée déterminée de trois ans et prendra effet le 01/01/2018 jusqu'au 31 décembre 2020.

Le présent accord se substitue à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, de décisions unilatérales ou de toute autre pratique en vigueur dans l'entreprise et portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

Il pourra être révisé dans les conditions définies ci-après.

Conformément à l'article L. 2261-7-1 du Code du travail, les parties signataires du présent accord d'entreprise ont la faculté de le modifier.

h
PM JMC
SC

La demande de révision peut intervenir :

- A l'initiative d'une ou de plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans l'entreprise et signataires ou adhérentes de cet accord, jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu ;
- A l'initiative d'une ou de plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans l'entreprise à l'issue du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu.

La demande de révision peut intervenir à tout moment et doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai d'un 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 accord qu'il modifiera, conformément à l'article L. 2261-8 du Code du travail.

Article 14 : Dépôt et publicité

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du Code du travail, les conventions et accords, ainsi que leurs avenants et annexes, sont déposés par la partie la plus diligente auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Le dépôt est opéré en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

La partie la plus diligente remet également un exemplaire de chaque convention ou accord au greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion.

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

Un exemplaire original sera remis à l'entreprise et à chacune des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise, qu'elle soit signataire ou non signataire du présent accord.

Et mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel.

PM
free
SC

A Roissy, le 15 décembre 2017

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

Pour la société SERVAIR
Monsieur Alain CLEVY
Directeur Général Adjoint Ressources Humaines
Et Politique Sociale

AClevy

Pour les Organisations syndicales

CFDT

CFE-CGC

S. LEVASSEUR

CGT

FO

UNSA SNAA

Mr CARBONELL

ANNEXE 1

SERVAIR S.A.			
Régime	Composition familiale au 30/06/2017	Montant de la différence entre la cotisation mensuelle salarié au 30/06/2017 et la cotisation mensuelle salarié au 01/07/2017 et au 01/01/2018	Montant de la compensation brute versée fin janvier 2018
BASE	Isolé + 1	4,49	30 €
CONFORT	Isolé	10,78	85 €
BASE	Couple + 1 enf	15,82	125 €
CONFORT	Couple + 1 enf	17,45	140 €
BASE	Isolé + 2 enf & +	19,96	170 €
CONFORT	Isolé + 1 enf	22,16	205 €
CONFORT	Isolé + 2 enf & +	39,63	415 €

Sous réserve de ne pas avoir changé d'option entre le 01/07/2017 et le 31/12/2017

prc
hrc m
82

ANNEXE 2

SERVAIR - Régimes FRAIS DE SANTE NON CADRE Applicable au 01/01/2018

SERVAIR - Cotisations mensuelles FRAIS DE SANTE NON CADRE applicables au 01/01/2018	GLOBAL	Part Patronale	Salarié Janv-18
--	--------	-------------------	--------------------

BASE	Isolé	49,90 €	49,90 €	0,00 €
	Duo	60,17 €	49,90 €	10,27 €
	Famille	84,93 €	49,90 €	35,03 €

CONFORT	Isolé	84,59 €	49,90 €	34,69 €
	Duo	114,00 €	49,90 €	64,10 €
	Famille	168,90 €	49,90 €	119,00 €

Renforts facultatifs à la charge du salarié - cotisation mensuelle	
RENFORT Hospitalisation & Médecine	RENFORT Dentaire

16,00 €	
---------	--

16,00 €	19,00 €
---------	---------

Application du PACK BIEN ETRE du régime CONFORT à compter du 01/01/2018

Passage de la BASE au CONFORT :

Sans délai de carence. Durée minimum de maintien de l'option : 2 ans (sauf en cas de changement de situation de famille)

Passage du CONFORT à la BASE :

Possible au 1er janvier de chaque année, en respectant un délai de prévenance de 2 mois (sauf en cas de changement de situation de famille)

Adhésion aux RENFORTS :

Aucun délai de carence. Durée minimum de maintien de l'option : 2 ans

Abandon du RENFORT :

Possible après 2 ans, au 1er janvier de chaque année en respectant un délai de prévenance de 2 mois.

PM
bre
SC

SERVAIR - Régimes FRAS DE SANTE NON CADRE Applicable au 1er JANVIER 2018

Les prestations ci-dessous incluent le remboursement de la sécurité sociale et sont limitées aux Bons soins

Hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
	Médecin Optam ou non Optam	Médecin NON OPTAM / Médecin OPTAM
Frais de séjour	100% BR	200% BR
Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste réanimateur, de l'obstétricien	100% BR	180% BR / 200% BR
Chambre particulière médicale, chirurgicale et ambulatoire, par jour	1% du PMSS, soit 32,69 €	1,7% du PMSS, soit 55,57 €
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnement pour enfant de - de 14 ans, par jour	1% du PMSS, soit 32,69 €	1% du PMSS, soit 32,69 €
Transport prescrit et pris en charge par l'AM (suite à hospitalisation et hors hospitalisation)	100% BR	100% BR
Maternité - adoption	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Forfait naissance / adoption (doublee en cas de naissance gémellaire) sur production d'un acte de naissance et affiliation de la mère	10% du PMSS, soit 326 €	15% du PMSS, soit 490 €
Chambre particulière en maternité	1% du PMSS, soit 32,69 €	1,7% du PMSS, soit 55,57 €
Médecine courante	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
	Médecin Optam ou non Optam	Médecin NON OPTAM / Médecin OPTAM
Médecin généraliste (consultation, visite)	100% BR	200% BR / 400% BR
Médecin spécialiste (consultation, visite)	100% BR	200% BR / 400% BR
Actes techniques dispensés par le praticien	100% BR	180% BR / 200% BR
Imagerie médicale (ADI) et échographie (ADE)	100% BR	180% BR / 200% BR
Ostéodensitométrie si remboursée par l'AM	100% BR	100% BR / 120% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR
Analyses et travaux de laboratoire	100% BR	100% BR
Ostéopathie	40 €/séance maxi 2 séances par an/bénéficiaire	40 €/séance maxi 3/an/bénéficiaire
PACK BIEN-ÊTRE Chiropracteur, acupuncteur, massage thérapeutique, homéopathie, sophrologie, moyens contraceptifs prescrits non remboursés	Néant	100 €/an / bénéficiaire
Pharmacie	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Pharmacie prise en charge par l'AM	100% BR	100% BR
Vaccin Hépatite A	13,72 €	13,72 €
Vaccin grippe	9,15 €	9,15 €
Vaccin DTP, Rubéole	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits mais non pris en charge par l'AM	-	0% du PMSS
Dentaire	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Soins conservateurs, chirurgicaux pris en charge par l'AM	100% BR	200% BR
Inlay core		
Inlay Onlay pris en charge par l'AM		
Parodontologie		
PROTHÈSE DENTAIRE		
Prothèses dentaires prises en charge par l'AM et inscrites à la nomenclature		
Prothèses dentaires non prises en charge par l'AM et inscrites à la nomenclature		
IMPLANT (acte hors nomenclature)		
Pose de l'implant (racine)		
Pilier implantaire (faux moignon)		
Prothèse sur implant		
Orthodontie prise en charge par l'AM		
Orthodontie non prise en charge par l'AM (jusqu'à 18 ans)		
Plafond prothèse dentaire	1 000 €	2 000 €
Optique	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Limitation à 1 équipement ADULTE tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue // 1 équipement ENFANT tous les ans (à date d'achat)		
Monture		
Verre unifocal (par verre, par an, par bénéficiaire)		
Verre multifocal (par verre, par an, par bénéficiaire)		
Lentilles prises en charge ou non par l'AM y compris jetables (par an, par bénéficiaire)		
Chirurgie réfractive de l'œil (adulte < à 40 ans)		350 € / œil
Appareillage, Autres prothèses médicales, Cures	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Prothèses médicales et orthopédiques	315% BR	315% BR
Prothèses auditives	315% BR	315% BR
Cures thermales prises en charge par l'AM (forfait annuel)	10% du PMSS, soit 326 €	10% du PMSS, soit 326 €
Frais Obsèques	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Salarié et ayants droit (affiliés au contrat)	50% du PMSS, soit 1 634 €	50% du PMSS, soit 1 634 €
Prévention	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable.	Voir descriptif dans notice	Se reporter à la notice
Assistance	BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Assistance vie privée	Néant	Néant

REINFORCE HOSPITALISATION non responsable au 01/01/2018 Choix avec BASE ou CONFORT			BASE + REINFORCES	CONFORT + REINFORCES	
BASE Médecin OPTAM ou NON OPTAM	CONFORT Médecin NON OPTAM	CONFORT Médecin OPTAM	Médecin OPTAM ou NON OPTAM	Médecin NON OPTAM	Médecin OPTAM
+50% BR	+50% BR	+50% BR	150% BR	230% BR	250% BR

REINFORCE MEDICINE COURANTE non responsable au 01/01/2018 Choix avec BASE ou CONFORT			BASE + REINFORCES	CONFORT + REINFORCES	
BASE Médecin OPTAM ou NON OPTAM	CONFORT Médecin NON OPTAM	CONFORT Médecin OPTAM	Médecin OPTAM ou NON OPTAM	Médecin NON OPTAM	Médecin OPTAM
+ 200% BR	+ 200% BR	-	300% BR	400% BR	400% BR
+ 200% BR	+ 200% BR	-	300% BR	400% BR	400% BR
+ 200% BR	+ 200% BR	-	300% BR	380% BR	200% BR
+ 200% BR	+ 200% BR	-	300% BR	380% BR	200% BR

REINFORCE DENTAIRE au 01/01/2018
Choix avec Optam

CONFORT + REINFORCES

PACK SANTECLAIR
2 500 €

PACK SANTECLAIR
2 500 €

PM
for
M
SC

SERVAIR - Régimes FRAIS DE SANTE NON CADRE applicable au 1er Janvier 2018

Limitation à 1 équipement ADULTE tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue // 1 équipement ENFANT tous les ans (à date d'achat)

GARANTIES		Base au 01/01/2018		Confort au 01/01/2018	
		Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
Monture		70 €	40 €	150 €	80 €
Verre unifocal	1	15 €	30 €	60 €	45 €
	2	38 €	34 €	85 €	75 €
	3	72 €	85 €	110 €	90 €
	4	96 €	85 €	190 €	120 €
Verre Multifocal	1	70 €	85 €	150 €	120 €
	2	144 €	85 €	190 €	120 €
	3	182 €	85 €	230 €	120 €
	4	186 €	85 €	280 €	120 €

pas de garantie "CASSE COMPLETE"

AUTRES ACTES		Base au 01/01/2018		Confort au 01/01/2018	
Lentilles remboursées par l'AM		Ticket Modérateur	x	250 € par an + ticket modérateur	-
Lentilles non remboursées par l'AM					
Chirurgie réfractive (adulte inférieur à 40 ans)		x	x	350 €	-

(*) Dans la limite des plafonds prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 08/09/2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable du 18/11/2014) en fonction des corrections visuelles

Optique

pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il sera possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement de près tous les 2 ans

MC PM
SC M

SERVAIR - Régimes FRAIS DE SANTE NON CADRE Applicables au 1er Janvier 2018

LE GUIDE PRATIQUE OPTIQUE - A présenter à l'opticien partenaire SANTECLAIR (**)

GARANTIES		Valeur de la sphère		BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
Limité à 1 équipement tous les 2 ans par adulte ou en cas d'évolution de la vue ou 1 équipement tous les ans par enfant					
A D U L T E	Monture Adulte		70 €		150 €
	Verre unifocal (*)	1	Sphère de 0 à 4 et cylindre «ou» à 2	Verre (-1,5) en organique ou en minéral durci	Verre standard (-1,52) avec super antireflet en minéral ou en organique durci A partir d'une sphère de 2,25 : verre aminci 1,6
		2	Sphère de 0 à 4 et 2 < cylindre «ou» 4 et de 4,25 à 6 et cylindre «ou» 4	Verre aminci (-1,6) en organique ou en minéral durci	Verre super aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci
		3	Sphère de 0 à 6 et cylindre «ou» de 6,25 à 8 q.s. le cylindre	Verre extra aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci	Verre extra aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral (-1,8) ou en organique durci (-1,87)
		4	«ou» à 8,25 q.s. le cylindre	Verre ultra aminci avec super antireflet en minéral (-1,8) ou en organique durci (-1,87)	Verre ultra aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral (-1,9) ou en organique durci (-1,74)
	Verre Multifocal (*)	1	Sphère de 0 à 4 et cylindre «ou» à 2	Verre (-1,5) en organique ou en minéral durci	Verre avec super antireflet en minéral super aminci (-1,6) ou en organique durci standard (-1,52) A partir d'une sphère de 2,25 : verre aminci 1,6
		2	Sphère de 0 à 4 et 2 < cylindre «ou» 4 et de 4,25 à 6 et cylindre «ou» 4	Verre aminci (-1,6) en organique ou en minéral durci	Verre super aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci
		3	Sphère de 0 à 6 et cylindre «ou» de 6,25 à 8 q.s. le cylindre	Verre aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci	Verre extra aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral (-1,8) ou en organique durci (-1,87)
		4	x	Verre extra aminci avec super antireflet en minéral (-1,8) ou en organique durci (-1,87)	Verre ultra aminci (-1,6) avec super antireflet en minéral (-1,9) ou en organique durci (-1,74)
	Garantie "casse"		100%		100%
E N F A N T	Monture Enfant		40 €		80 €
	Verre unifocal (*)	1	Sphère de 0 à 4 et cylindre «ou» à 2	Verre (-1,5) en organique ou en minéral durci	Verre standard (-1,52) en organique durci A partir de 10 ans : super antireflet A partir d'une sphère de 2,25 : verre aminci 1,6
		2	Sphère de 0 à 4 et 2 < cylindre «ou» 4 et de 4,25 à 6 et cylindre «ou» 4	Verre aminci (-1,6) en minéral ou en organique durci avec super antireflet	Verre super aminci (-1,6) en organique durci avec super reflet
		3	Sphère de 0 à 6 et cylindre «ou» de 6,25 à 8 q.s. le cylindre	Verre aminci (-1,6) avec super antireflet en organique durci	Verre extra aminci (-1,67) avec super antireflet en organique durci
		4	«ou» à 8,25 q.s. le cylindre	Verre extra aminci (-1,67) avec super antireflet en organique durci	Verre ultra aminci (-1,74) avec super antireflet en organique durci
	Verre Multifocal (*)	1 à 4	x	Verre extra aminci (-1,67) avec super antireflet en organique durci	Verre ultra aminci (-1,74) avec super antireflet en organique durci

Semestre actif non pris en charge par l'AM jusqu'à 18 ans

(**) Dans la limite des plannings prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 08/09/2014) et de s'ajoutent prévus par le contrat responsable du 18/12/2014 en fonction des corrections visuelles

		BASE au 01/01/2018	CONFORT au 01/01/2018
AUTRES ACTES			
Lentilles remboursées par l'AM		Ticket Modérateur	250 € par an + ticket modérateur
Lentilles non remboursées par l'AM			
Chirurgie réfractive (adulte inférieur à 40 ans)		x	350 €

Optique

pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il sera possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement de près tous les 2 ans

PM
J.C.
82

SERVAIR - Régimes FRAIS DE SANTE NON CADRE applicables au 1er Janvier 2018

LE GUIDE PRATIQUE DENTAIRE (Hors Réseau - Pas de tiers payant)

Garanties	BASE au 01/01/2018	CONFORT AU 01/01/2018	REINFORT INVENTAIRE AU 01/01/2018 (souscription avec l'option CONFORT uniquement)	CONFORT + REINFORT DENTAIRE
Prothèses dentaires				
Couronne, inter de bridge sur les incisives et canines	320 €	320 €	80 €	400 €
Couronne, inter de bridge sur les 1ères prémolaires	140 €	320 €	80 €	400 €
Couronne, inter de bridge sur les 2èmes prémolaires et 1ères molaires	140 €	140 €	260 €	400 €
Couronne, inter de bridge sur les autres dents	140 €	140 €	210 €	350 €
Inlay core pris en charge par l'AM	40 €	65 €	40 €	105 €
Inlay, Onlay côtés en soins	100% BR	150% BR	150 €	150 €
Appareil amovible	400 €	620 €	-	620 €
Autres prothèses prises en charge	170% BR	220% BR	50% BR	270% BR
Couronnes provisoires	30 €	30 €	10 €	40 €
Prix total moyen pour les prothèses dentaires (*)	1 000 €	2 000 €	2 300 €	2 300 €
Implant racine	x	300 € max par an	200 € max 2/par an	500 € max 2/par an
Pilier implantaire	x	200 € max 1/par an	200 € max 1/par an	500 € max 1/par an
Actes et scanner pré-implantaires	x	-	90 €	90 €
Parodontologie	x	250 € par an	150 € par an	600 € par an
Prévention				
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	x	20 €	-	20 €
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	15,30 € / dent	15,30 € / dent	-	15,30 € / dent
Vernis fluoré	x	5 € / dent	-	5 € / dent
Traitement salivaire	x	70 €	10 €	80 €
Orthodontie				
Semestre actif accepté par l'AM	255 € / semestre	600 € / semestre	Frais réels limités à 50 € / semestre	Frais réels limités à 650 € / semestre
Contention acceptée par l'AM	35 € / année	55 € / année	Frais réels limités à 155 € / année de contention	Frais réels limités à 210 € / année de contention
Autres actes acceptés par l'AM	200% BR	250% BR	50% BR	300% BR
Semestre actif non pris en charge par l'AM jusqu'à 18 ans	x	400 € / semestre	Frais réels limités à 250 € / semestre	Frais réels limités à 650 € / semestre

(*) une fois la limitation contractuelle atteinte, la garantie du "panier de soins" minimum s'appliquera (TM + 25% BRSS) sauf Inlays-onlays (soins)

PM
h
SC

SERVAIR - Régimes FRAIS DE SANTE NON CADRE applicables au 1er Janvier 2018

LE GUIDE PRATIQUE DENTAIRE - A présenter au dentiste partenaire SANTECLAIR

Garanties	BASE AU 01/01/2018	CONFORT AU 01/01/2018	RENFORT DENTAIRE AU 01/01/2018 (souscription avec l'option CONFORT)	CONFORT + RENFORT DENTAIRE
Prothèses dentaires				
Couronne, inter de bridge sur les incisives et canines	Couronne céramo-métallique sur MNP	Couronne céramo-métallique sur MNP	Frais réels sur la base d'une couronne en céramique sur MNP	
Couronne, inter de bridge sur les 1ères prémolaires	Couronne en MNP	Couronne en MNP	Couronne en MNP	
Couronne, inter de bridge sur les 2èmes prémolaires et 1ères molaires	Inlay core MNP	Inlay core MNP	Frais réels sur la base d'un inlay core MNP	
Couronne, inter de bridge sur les autres dents				
Inlay core pris en charge par l'AM				
Inlay, Onlay cône en soins	100% BR	150% BR	Frais réels sur la base d'un inlay Onlay en céramique	Frais réels sur la base d'un inlay Onlay en céramique
Appareil amovible	Appareil en résine	1 à 13 dents : stellite sur MNP 14 dents : appareil en résine	1 à 13 dents : stellite 14 dents : appareil en résine	
Autres prothèses prises en charge	170% BR	220% BR	+ 50% BR	270% BR
Couronnes provisoires	Couronne provisoire	Couronne provisoire	Frais réels	
Plafond annuel pour les prothèses dentaires (*)	1 800 €	2 000 €	2 500 €	Plafond : 2 800 €
Implantologie				
Implant racine		300 € maxi par an	Frais réels maxi 2/an	Frais réels plafonnés à 500€ maxi chacun 2 / an
Pilier implantaire		piiler implantaire maxi 1/an	Frais réels maxi 2/an	Frais réels maxi 2/an
Arbres et scanner pré-implantaires			90 €	90 €
Parodontologie		250 € par an	350 € par an	600€ par an
Prévention				
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	Examen de prévention	Examen de prévention	Examen de prévention	
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	Renouvellement de sillons	Renouvellement de sillons	Renouvellement de sillons	
Vernis fluoré		Vernis fluoré	Frais réels	
Test salivaire		Test salivaire	Frais réels	
Décontamination				
Semestre actif accepté par l'AM	255 € / semestre	600 € / semestre	Frais réels limités à 50 € / semestre	Frais limités à 650€ / semestre
Contamination acceptée par l'AM	35 € / année	55 € / année	Frais réels limités à 155 € / an de contamination	Frais limités à 210€ / an de contamination
Autres actes acceptés par l'AM	200% BR	230% BR	+ 50% BR	300% BR
Semestre actif non pris en charge par l'AM jusqu'à 18 ans		400 € / semestre	Frais réels limités à 250 € / semestre	Frais limités à 650€ / semestre

MNP : Métal Non Précieux

(*) une fois la limitation contractuelle atteinte, la garantie du "panier de soins" minimum s'appliquera (TM + 25% BRSS) sauf inlay-onlay (soins)

Si vous avez bien suivi toutes ces consignes et respecté votre niveau de garantie, vous n'aurez aucun frais restant à votre charge

PM
dix
82

[illegible]

Download our newsletter

prc

me to

Vos grilles optiques

[illegible]

Pour les asthés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

SERVAIR REUNION - 196, rue des FRANCS SAINT NON CADRE applicable au 01/01/2017							
LE GUIDE PRATIQUE OPTIQUE (Hors Réception - Pas de verre payant)							
Limitation à 1 équipement ADULTE tous les 3 ans sauf en cas d'évolution de la vue / 1 équipement ENFANT tous les ans (à date d'achat)							
GARANTIES		Régime Base		Option "Médiate"		Option "Top"	
		Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
Verre standard		70 €	40 €	150 €	80 €	150 €	100 €
	1	15 €	30 €	60 €	40 €	70 €	60 €
	2	30 €	34 €	85 €	75 €	100 €	80 €
	3	72 €	85 €	110 €	90 €	130 €	110 €
Verre solaire	4	96 €	80 €	190 €	120 €	220 €	200 €
	1	70 €	85 €	150 €	120 €	170 €	200 €
	2	144 €	95 €	180 €	120 €	220 €	200 €
	3	182 €	85 €	230 €	120 €	260 €	200 €
Verre plus focal	4	186 €	85 €	250 €	120 €	270 €	200 €
	pas de garantie "CASSE COMPLETE"						
		Régime Base		Option "Médiate"		Option "Top"	
AUTRES ACTES							
Lentilles remboursées par l'AM		Ticket Médiateur		250 € par an		250 € par an	

in pre
just
sc

Vos grilles dentaires

SERVAIR REUNION - Régimes FRANCS DE SANTÉ NON CADRE applicables au 1er Janvier 2017

LE GUIDE PRATIQUE DENTAIRE - A présenter au dentiste partenaire SANTECLAIR

Garanties	Régime Base	Régime Médicé	Régime Top
Prothèses dentaires			
Couronne, Inter de bridge sur les incisives et canines	Couronne céramo-métallique sur MNP	Couronne céramo-métallique sur MNP	Frais réels sur la base d'une couronne en céramique sur MNP
Couronne, Inter de bridge sur les 1ères prémolaires	Couronne en MNP	Couronne en MNP	Frais réels
Couronne, Inter de bridge sur les 2èmes prémolaires et 1ères molaires	Inlay core MNP	Inlay core MNP	Frais réels sur la base d'un inlay core MNP
Couronne, Inter de bridge sur les autres dents	100% BR	150% BR	Frais réels sur la base d'un inlay Onlay en céramique
Inlay core pris en charge par l'AM	Appareil en résine	1 à 13 dents : stellite sur MNP 14 dents : appareil en résine	1 à 13 dents : stellite 14 dents : appareil en résine
Inlay, Onlay côtés en soins	170% BR	220% BR	270% BR
Appareil amovible	Couronne provisoire	Couronne provisoire	Frais réels
Autres prothèses prises en charge	1 000 €	1 500 €	4 000 €
Couronnes provisoires	-	-	-
Plafond annuel pour les prothèses dentaires (*)	-	-	-
Implant racine	-	300 € max par an	Frais réels max 2/an
Pilier implantaire	-	piiler implantaire max 1/an	Frais réels max 2/an
Actes et scanner pré-implantaires	-	-	90 €
Parodontologie	-	250 € par an	600 € par an
Prévention			
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	Examen de prévention	Examen de prévention	Examen de prévention
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	Renouvellement de sillons	Renouvellement de sillons	Renouvellement de sillons
Vernis fluoré	-	Vernis fluoré	Frais réels
Test salivaire	-	Test salivaire	Frais réels
Orthodontie			
Semestre actif accepté par l'AM	255 € / semestre	400 € / semestre	Frais réels limités à 650 € / semestre
Contention acceptée par l'AM	35 € / année	55 € / année	Frais réels limités à 210 € / an de contention
Autres actes acceptés par l'AM	200% BR	250% BR	300% BR
Semestre actif non pris en charge par l'AM (jusqu'à 18 ans)	-	400 € / semestre	Frais réels limités à 650 € / semestre

MNP : Métal Non Précieux

(*) une fois la limitation contractuelle atteinte, la garantie du "panier de soins" minimum s'appliquera (TM + 25% BRSS) sauf inlay-onlay (soins)

Si vous avez bien suivi toutes ces consignes et respecté votre niveau de garantie, vous n'aurez aucun frais restant à votre charge

SERVAIR REUNION - Régimes FRANCS DE SANTÉ NON CADRE applicables au 1er Janvier 2017

LE GUIDE PRATIQUE DENTAIRE (Hors Réseau - Pas de tiers payant)

Garanties	Régime Base	Régime Médicé	Régime Top
Prothèses dentaires			
Couronne, Inter de bridge sur les incisives et canines	320 €	320 €	400 €
Couronne, Inter de bridge sur les 1ères prémolaires	140 €	320 €	400 €
Couronne, Inter de bridge sur les 2èmes prémolaires et 1ères molaires	140 €	140 €	400 €
Couronne, Inter de bridge sur les autres dents	140 €	140 €	350 €
Inlay core pris en charge par l'AM	40 €	65 €	105 €
Inlay, Onlay côtés en soins	100% BR	150% BR	150 €
Appareil amovible	400 €	620 €	620 €
Autres prothèses prises en charge	170% BR	220% BR	270% BR
Couronnes provisoires	30 €	30 €	40 €
Plafond annuel pour les prothèses dentaires (*)	1 000 €	1 500 €	4 000 €
Implant racine	-	300 € max par an	500 € max 2/par an
Pilier implantaire	-	200 € max 1/par an	200 € max 2/par an
Actes et scanner pré-implantaires	-	-	90 €
Parodontologie	-	250 € par an	600 € par an
Prévention			
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	-	20 €	20 €
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	15,30 € / dent	15,30 € / dent	15,30 € / dent
Vernis fluoré	-	5 € / dent	5 € / dent
Test salivaire	-	70 €	80 €
Orthodontie			
Semestre actif accepté par l'AM	255 € / semestre	400 € / semestre	Frais réels limités à 650 € / semestre
Contention acceptée par l'AM	35 € / année	55 € / année	Frais réels limités à 210 € / année de contention
Autres actes acceptés par l'AM	200% BR	250% BR	300% BR
Semestre actif non pris en charge par l'AM (jusqu'à 18 ans)	-	400 € / semestre	Frais réels limités à 650 € / semestre

(*) une fois la limitation contractuelle atteinte, la garantie du "panier de soins" minimum s'appliquera (TM + 25% BRSS) sauf inlay-onlays (soins)

PM
SC
M

Vos cotisations

Cotisations 2018		
Régime Base (obligatoire)	Isolé	Famille
Cotisation totale	49,90 €	71,83 €
Part Employeur	49,90 €	49,90 €
Part Salarié	0,00 €	21,93 €

Régime Middle	Isolé	Famille
Cotisation totale	60,33 €	123,37 €
Part Employeur	49,90 €	49,90 €
Part Salarié	10,43 €	73,47 €

Régime Top	Isolé	Famille
Cotisation totale	83,64 €	159,45 €
Part Employeur	49,90 €	49,90 €
Part Salarié	33,74 €	109,55 €

pm
me m
sc