

ACCORD RELATIF A LA PREVOYANCE ET A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AU SEIN DE POLE EMPLOI

OU EN SOMMES NOUS ?

 EN NOIR : PROPOSITIONS ETABLISSEMENTS

 EN ROUGE : AMENDEMENTS DES O.S. DEJA PRIS EN COMPTE

 EN VIOLET SURBRILLANCE JAUNE : AMENDEMENTS SNAP

PREAMBULE

Le présent accord vise à fixer les caractéristiques de garanties collectives à titre obligatoire, communes à tous les agents de Pôle emploi, en matière de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance, **en rouge** dans le cadre d'une démarche de contrat responsable afin de maintenir au bénéfice des agents la défiscalisation de leurs cotisations. Il respecte donc les règles fixées par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, ses décrets d'application n°2005-1226 du 29 septembre 2005 et tout autre texte venant compléter cette réforme.

Ces garanties sont spécifiques à la couverture de la population concernée et tiennent compte des dispositifs de protection sociale réglementaires et conventionnels des deux statuts, privé et public, des agents de Pôle emploi.

Le dispositif repose sur la solidarité intergénérationnelle et familiale entre les affiliés, dans le respect des principes de transparence et de non discrimination. Il comprend une combinaison de garanties de protection sociale complémentaire incluant les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne et ceux liés à la maternité, dénommés frais de soins de santé, ainsi que les risques d'incapacité de travail, tout ou partie des risques d'invalidité et ceux liés au décès. Il inclut par ailleurs, à titre facultatif, une garantie dépendance.

Ce dispositif repose également sur la solidarité entre les bien et les moins bien portants. Ainsi, la tarification concernant la couverture des frais de soins de santé et de prévoyance ne peut pas être établie sur la base d'un questionnaire médical préalable ni en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de son âge. Par ailleurs, il n'y a aucun délai de carence au moment de l'affiliation à ces garanties.

Chapitre 1 BENEFCIAIRES

Article 1.1 *Agents en activité.*

Les bénéficiaires de ces garanties sont les agents en activité, **en rouge** en contrat à durée indéterminée ou déterminée ou en contrat de travail aidé, régis par la convention collective nationale de Pôle emploi et ceux relevant du décret statutaire de 2003, ainsi que les fonctionnaires détachés. Ces garanties s'appliquent quelle que soit la nature du contrat de l'agent, sans condition d'ancienneté.

Selon les dispositions de la loi du 13 août 2004 et dans le cadre du contrat responsable, les agents concernés doivent cotiser au titre des garanties obligatoires instituées par le présent accord. Cependant les agents sous contrat à durée déterminée, peuvent bénéficier s'ils le souhaitent d'une dispense d'affiliation sous réserve qu'ils justifient être couverts, pour les mêmes risques, par une assurance individuelle.

Les anciens agents de Pôle emploi, précédemment affiliés au présent régime, conservent s'ils le souhaitent, après leur départ définitif, le bénéfice de leurs garanties de frais de soins de santé et de prévoyance pendant une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail appréciée en mois entiers dans la limite de ~~neuf mois~~ **12 MOIS**. Le maintien des garanties est financé conjointement par Pôle emploi et l'ancien agent dans les mêmes proportions qu'antérieurement et dans les conditions applicables aux agents en activité.

Pour le SNAP, nous pensons qu'il est plus pertinent de raisonner en année pleine pour faciliter le changement de prestataire.

Article 1.2 Retraités.

Les agents retraités dont la liquidation de la retraite est intervenue avant la date de mise en place de ces garanties, ainsi que les agents partant à la retraite après cette date, peuvent demander à bénéficier de la garantie liée au remboursement des frais de soins de santé pour les premiers, avant le ~~31 mars 2012~~ **30 JUIN 2012** et, pour les autres, dans le mois précédant leur départ à la retraite.

Les cotisations relatives à cette garantie sont intégralement à leur charge.

Un tarif spécifique sera négocié à cet effet lors du dialogue compétitif dans le cadre de l'appel d'offre européen.

Pour le SNAP, la fenêtre de 3 mois ouverte aux retraités pour rejoindre la mutuelle Pôle Emploi nous semble beaucoup trop courte. Le SNAP propose un semestre pour permettre aux retraités de rejoindre la dite mutuelle.

Par ailleurs, le SNAP demande que l'employeur s'engage à opérer, en liaison avec l'assureur, une communication écrite en direction de nos retraités, afin de leur proposer la dite mutuelle.

Par ailleurs, le SNAP demande qu'une discussion s'opère afin de réfléchir à une participation de l'employeur sur la cotisation mutuelle de nos retraités.

Certains CE ont proposé ou propose une participation financière de la cotisation mutuelle vers leurs retraités.

Pour le SNAP, nous considérons qu'un salarié qui a donné tout ou partie de sa vie professionnelle à notre établissement mérite de la part de celui-ci un peu plus de reconnaissance et donc le SNAP est favorable à une participation financière de l'employeur à la cotisation mutuelle de nos retraités.

Pour le SNAP, c'est cela aussi la solidarité mutualiste !

Article 1.3 Agents en congé sans traitement.

Les agents en congé sans traitement au titre de l'article 28 de la convention collective nationale de Pôle emploi et ceux en congé pour raison familiale ou personnelle en application du titre V du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ainsi que les agents en congé pour convenance personnelle ou dans l'intérêt du service (articles 26 et 27 du décret statutaire de 2003) peuvent, sur leur demande, bénéficier de la garantie liée au remboursement des frais de soins de santé. Les cotisations relatives à cette souscription sont intégralement à leur charge.

De même, le SNAP demande que l'employeur s'engage à opérer, en liaison avec l'assureur, une communication écrite en direction de nos collègues en congé sans traitement, afin de leur proposer la dite mutuelle, et ce dès la survenance de l'évènement.

Chapitre 2 NATURE DES GARANTIES

Le dispositif comporte les garanties ci-après :

Article 2.1 Une garantie de frais de soins de santé obligatoire.

Cette garantie assure le remboursement des dépenses de soins de santé, en complément de la prise en charge de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement exposés. Cette garantie s'entend déduction faite du montant des participations forfaitaires ou franchises prévues à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale qui restent à la charge de l'agent.

Article 2.2 Une garantie de prévoyance obligatoire

L'objectif est d'offrir aux agents en activité une protection supplémentaire face aux aléas de l'existence, en complément des prestations réglementaires et conventionnelles spécifiques aux deux statuts privé et public.

- L'incapacité - invalidité couvre sous certaines conditions les pertes de salaire en cas d'arrêt de travail.
- La rente éducation vise la protection des enfants en cas de décès de l'agent.
- La rente de conjoint assure sous certaines conditions une rente viagère ou temporaire
- La garantie décès permet le versement d'un capital en cas de décès de l'agent.

Cette garantie assure aux agents en activité qui y ont souscrit le versement d'une rente mensuelle lorsqu'ils justifient des conditions législatives ou réglementaires requises.

Chapitre 3 REGIME COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTE ET DE MATERNITE

Article 3.1 Financement

Les cotisations relatives à la garantie mentionnée à l'article 3.2 ci-dessous sont exprimées de manière forfaitaire. Les cotisations relatives à cette garantie sont prises en charge annuellement à hauteur de 75 % de leur montant global par Pôle emploi et les 25 % restants à la charge de l'ensemble des agents en activité.

Article 3.2 ~~Garantie de frais de soins de santé obligatoire~~

~~La cotisation individuelle correspond à un forfait fixé annuellement, dont la prise en charge est assurée par l'agent à hauteur d'un pourcentage de son salaire brut qui sera déterminé en fonction des coûts arrêtés à l'issue du dialogue compétitif réalisé dans le cadre de l'appel d'offre. Toutefois, aucun agent ne doit cotiser au-delà de 60 % de ce forfait, Pôle emploi participant donc à hauteur de 40 % à minima de celui-ci.~~

~~Le pourcentage retenu pour la première année est ensuite réajusté au 1^{er} janvier de chaque année et ce, pour les 12 mois de l'année civile en cours, afin que la répartition moyenne de la prise en charge globale des cotisations soit maintenue, tel que prévu, à hauteur de 75 % pour Pôle emploi et de 25 % pour les agents.~~

Voilà une belle entourloupe de l'Etablissement !

~~Le SNAP ne cautionne pas cet article, qui consisterait, selon la tarification proposée par l'assureur, à lisser la participation de l'employeur dans le temps.~~

~~Le SNAP refuse que la baisse de nos acquis quant à la participation de l'employeur : Pour le SNAP elle doit rester à 75 % dès la mis en place de la nouvelle mutuelle et non pas de façon « moyenne » comme le propose la DG.~~

Article 3.3 *Cotisation*

Forfait de base :

La cotisation individuelle est exprimée sous la forme d'un montant forfaitaire ré-estimée annuellement en fonction des résultats du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après avis de la commission de suivi prévue à l'article 10.1 du présent accord **et avis du CCE**. Cette cotisation couvre les agents et leurs ayants droit, tels que définis à l'article 4.2 du présent accord. Dans ce cadre les agents peuvent bénéficier du tiers payant et du système Noémie pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi sur sa rémunération brute totale soumise à cotisation Sécurité sociale.

Une cotisation « couple POLE EMPLOI » est instituée pour les salariés de l'Etablissement vivant en couple, selon les règles en vigueur, et ce afin de minorer le coût de la couverture mutualiste.

Régime optionnel :

Il est proposé deux formules optionnelles permettant l'affiliation facultative de la personne vivant avec l'agent, dès lors qu'elle ne travaille pas à Pôle emploi, ainsi que ses ayants droit au titre de la Sécurité sociale. Ce système, appelé option couple, fonctionne selon les deux niveaux de garantie suivants :

- Une cotisation complémentaire optionnelle de premier niveau, prise en charge intégralement par l'agent, est proposée au conjoint, à la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (PACS), au concubin de l'agent assuré au titre de la Sécurité sociale, sur présentation d'une attestation de vie maritale, ainsi que leurs ayants droit, non à charge de l'agent assuré au titre de la Sécurité sociale, dans le cas où les intéressés ne bénéficient pas d'une mutuelle par ailleurs. Ils bénéficient des liaisons Noémie et des services de tiers payant.
- Une cotisation complémentaire optionnelle de second niveau, prise en charge intégralement par l'agent, est proposée au conjoint, à la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (PACS), au concubin de l'agent assuré au titre de la Sécurité sociale, sur présentation d'une attestation de vie maritale, ainsi que leurs ayants droit, non à charge de l'agent assuré au titre de la Sécurité sociale, dans le cas où l'intéressé bénéficie d'une mutuelle par ailleurs. Ils ne bénéficient pas dans ce cadre des services de tiers payant et est noémisé auprès de la mutuelle intervenant en premier rang.

Article 3.4 **Ayants droit du forfait de base**

Les prestations de la garantie de remboursement des frais de soins de santé sont accordées à l'agent assuré et à ses ayants droit, lesquels sont :

- son conjoint à charge au titre de la Sécurité sociale ;
- la personne ayant conclu avec un agent célibataire, divorcé ou veuf un pacte civil de solidarité (PACS) et à charge au titre de la Sécurité sociale ;
- le concubin d'un agent célibataire, divorcé ou veuf, à charge au titre de la Sécurité sociale sur présentation d'une attestation de vie maritale ;
- les enfants considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre de l'agent assuré, ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), de son conjoint ou concubin, à charge au titre de la Sécurité sociale ainsi que les enfants de moins de 21 ans qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à un pourcentage du SMIC mensuel selon les règles en vigueur.
- le conjoint demandeur d'emploi ou le concubin ou la personne ayant conclu avec un agent célibataire, divorcé ou veuf, un pacte civil de solidarité (PACS), ayant fait l'objet d'une affiliation volontaire optionnelle antérieure, est considéré comme conjoint à charge s'il ne perçoit pas d'indemnités de chômage ou à l'expiration de ses droits aux prestations de chômage.
- les enfants reconnus par la maison départementale du handicap (MDPH) atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une quelconque activité rémunératrice (ressources mensuelles au maximum égales au quart du plafond mensuel de la Sécurité sociale en ce qui concerne exclusivement les ressources d'origine professionnelle, abstraction faite des compléments de salaire versés par l'Etat et de toutes ressources attachées au handicap)

Sont considérés également comme bénéficiaires jusqu'à la fin du mois du 28ème anniversaire :

- les enfants qui poursuivent leurs études et qui :
 - soit bénéficient du régime des étudiants en application de l'article L. 381-3 du code de la Sécurité sociale
 - soit sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'agent assuré, ou de ses ayants droit (conjoint, concubin ou de la personne liée à l'assuré par un pacte social de solidarité, à la charge de l'assuré au titre de la Sécurité sociale).
- les enfants qui sont en contrat d'apprentissage, en contrat de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à un pourcentage du SMIC mensuel selon les règles en vigueur.
- les enfants primo demandeurs d'emploi, inscrits à Pôle emploi

Sont également bénéficiaires les ascendants qui sont considérés par la sécurité sociale comme ayants droit de l'agent assuré ou de ses ayants droit (conjoint, concubin ou personne liée à l'agent par un pacte social de solidarité, à la charge de l'agent au titre de la Sécurité sociale).

Article 3.5 *Les prestations*

Les prestations décrites au contrat couvrent les bénéficiaires cotisants et ayants droit au titre du forfait de base et des régimes optionnels selon leur niveau d'affiliation.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'Etat conformément à l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les majorations du ticket modérateur pour non-respect du parcours médical et non-communication du dossier médical, et plus généralement toutes les pénalités qui en découlent (articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale) ne sont pas prises en charge.

Les prestations sont détaillées dans le tableau joint en annexe 1.

La prise en charge mutualiste est calculée acte par acte.

Les sommes restant à la charge du participant sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale.

Les prestations figurant en annexe 1 n'ouvrant pas droit au remboursement de la Sécurité sociale devront être négociées au cas par cas lors du dialogue compétitif avec les prestataires. Celles-ci figureront en option dans le cahier des charges. Ces options seront éventuellement levées à la notification du marché correspondant, en fonction des coûts proposés par les prestataires et des dépenses induites à la charge de Pôle emploi et des agents. Les parties à négociation se rencontreront pour décider, au cas par cas, de la levée ou non de ces options.

Chapitre 4 **REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE**

Article 4.1 *Financement*

Les cotisations relatives à la garantie prévue à l'article 4.2 ci-dessous sont assises sur la rémunération mensuelle brute totale de l'agent. Elles sont réparties entre Pôle emploi et les agents conformément aux taux indiqués dans le tableau figurant dans cet article.

Article 4.2 *Garantie de prévoyance obligatoire*

La participation de Pôle emploi et des agents sur le montant de la cotisation se répartit comme suit selon la tranche de rémunération.

	Part salariale	Part patronale
Tranche A	26 %	74 %
Tranche B	de 38 à 45 %	de 62 à 55 %
Tranche C	50 %	50 %

Les parties à négociation se rencontreront pour réajuster et préciser les taux ci-dessus en fonction des coûts arrêtés à l'issue du dialogue compétitif réalisé dans le cadre de l'appel d'offre.

Article 4.3 *Cotisations*

Les cotisations individuelles sont exprimées sous forme d'un pourcentage de la rémunération mensuelle brute totale soumise à cotisation Sécurité sociale répartie selon les tranches de rémunération (tranche A, tranche B, tranche C) tel que présenté dans le tableau figurant à l'article 3.2 du présent accord.

La part de la cotisation à la charge de l'agent est précomptée mensuellement par Pôle emploi.

Article 4.4 Les prestations

La garantie proposée comporte un choix entre plusieurs options de couverture tel que présenté dans le tableau figurant en annexe 2.

Une option regroupe un ensemble prédéfini de garanties exprimées à des niveaux déterminés. Chaque agent choisit obligatoirement une option parmi celles proposées.

Article 4.5 L'assurance incapacité (maladie, accident)

La garantie contre le risque d'incapacité de travail assure à l'agent, sans condition d'ancienneté et pendant toute la durée du bénéfice des indemnités journalières de Sécurité sociale, le versement d'une prestation différentielle. Cette prestation permet de maintenir à l'agent des ressources mensuelles égales au douzième de sa rémunération annuelle nette totale **(donc primes incluses), et revalorisée annuellement** au cours des douze mois ayant précédé la date d'arrêt de travail initial, après déduction :

- pour les agents de droit privé, des indemnités journalières de Sécurité sociale et du maintien de salaire conventionnel dans les conditions prévues par l'article 30 de la convention collective nationale de Pôle emploi
- pour les agents de droit public, des indemnités journalières de Sécurité sociale, du maintien total ou partiel de la rémunération en application des dispositions du décret du 17 janvier 1986 modifié, et des prestations complémentaires versées au titre du régime de maintien de revenu obligatoire instauré par le décret n°99-528 du 25 juin 1999 modifié.

Le SNAP se satisfait du maintien de la rémunération du salarié à 100 % DU SALAIRE NET, tel que nous l'avons mis en place à MUTACMA (ex mutuelle facultative ANPE), car de notre point de vue, la rémunération doit être la même, même quand on est atteint par la maladie !

Article 4.6 L'assurance invalidité

La garantie contre le risque lié à l'invalidité assure le versement, après épuisement des droits à prestations servies au titre de l'assurance incapacité de travail, d'une rente mensuelle aux agents reconnus en invalidité de première, deuxième ou troisième catégorie par la Sécurité sociale, au sens de l'article L. 314-4 du code de la Sécurité sociale.

Pour une invalidité de première catégorie, la rente mensuelle est égale à 48 % d'un douzième de la rémunération brute totale **(donc primes incluses), et revalorisée annuellement** de l'agent au cours des douze mois précédant la date d'arrêt de travail initial, ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale et de la rémunération totale ou partielle maintenue par Pôle emploi.

Pour une invalidité de deuxième ou de troisième catégorie, la rente mensuelle est égale à 80 % d'un douzième de la rémunération brute totale **(donc primes incluses), et revalorisée annuellement** de l'agent au cours des douze mois précédant la date d'arrêt de travail initial, ayant entraîné la reconnaissance de son invalidité, déduction faite du montant de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale et, de la rémunération totale ou partielle maintenue par Pôle emploi, ainsi que, le cas échéant, de la prestation versée au titre du régime de prévoyance complémentaire des agents de droit public institué par le décret n°99-528 du 25 juin 1999 modifié.

Par ailleurs, afin d'éviter des ruptures dans le maintien de la rémunération, l'employeur s'engage à instaurer un système de subrogation. Ainsi le collègue déjà en souffrance du fait de la maladie ne doit pas avoir une source supplémentaire d'angoisse, en « attendant le versement ses prestations ».

Article 4.7 La garantie décès

La garantie contre le risque lié au décès assure selon l'option souscrite par l'agent, le versement, conformément au tableau joint en annexe 2, soit :

1°: d'un capital ;

2°: d'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente éducation aux enfants à charge ;

3 °: d'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente temporaire ou viagère au conjoint survivant ;

4 °: d'un capital auquel s'ajoutent le versement d'une rente éducation aux enfants à charge et d'une rente temporaire ou viagère au conjoint survivant.

Chapitre 5 LA GARANTIE DEPENDANCE FACULTATIVE

A titre facultatif, une garantie contre le risque lié à la dépendance est proposée pour assurer, aux agents qui y souscrivent, le versement d'une rente mensuelle en cas de perte d'autonomie telle que définie par les textes législatifs ou réglementaires.

La souscription à la garantie dépendance est financée par des cotisations distinctes versées mensuellement par le souscripteur directement à l'organisme assureur.

La question de la dépendance étant devenue une priorité de la part de nos tutelles, le SNAP demande à l'Etablissement d'étudier la possibilité d'une participation de l'employeur, sous une forme à définir, des cotisations pour cette garantie.

Chapitre 6 ALLOCATION DE SOLIDARITE

Dans les cas particulièrement graves où, par suite d'absence ou d'insuffisance de remboursement de la Sécurité sociale, des sommes importantes restent à la charge de l'agent, celui-ci peut présenter une demande d'allocation de solidarité auprès du fonds social commun du prestataire.

Le SNAP, fort des expériences des fonds sociaux gérés notamment à l'ADASA ou MUTACMA, revendique la mise en place d'UN FONDS SOCIAL DEDIE AUX SALARIES DE POLE EMPLOI ET GERE PARITAIREMENT.

Le SNAP propose que ce fonds social examine les demandes de prêts/secours de nos collègues en difficulté, au travers d'une commission composée d'un élu de chaque organisation syndicale du CCE et de la Direction.

Cette commission se réunirait mensuellement pour examiner les demandes.

La participation des élus à la dite commission est considérée comme du temps de travail et leurs frais de déplacement sont pris en charge par Pôle Emploi.

Chapitre 7 CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en place de cette couverture de frais de soins de santé et de prévoyance fait l'objet de la conclusion de contrats avec un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée après appel d'offre européen. Ces contrats peuvent être conclus auprès des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du Code de la mutualité, à l'exception de celles bénéficiant pour les risques à garantir des dispositions de l'article L.211-5 du code de la mutualité, ou d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ou encore d'entreprises d'assurance mentionnées à l'article L.310-2 du code des assurances.

Les organisations syndicales, **parties à négociation, élues au CCE** sont associées à l'ensemble du processus de mise en place et du choix du ou des prestataires, notamment à l'élaboration du cahier des charges et à l'audition des soumissionnaires.

Article 7.1 *Commission de suivi*

Une commission paritaire nationale de suivi du présent accord est instituée pour assurer le contrôle, l'analyse et le suivi des comptes et la gestion de ce dispositif. Cette commission est composée de deux membres par organisation syndicale partie à négociation et des représentants de la direction de Pôle emploi. Les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par son règlement intérieur **adopté à la majorité de ses membres**. L'équilibre financier de ce régime est étudié chaque année par la commission de suivi en fonction du rapport présenté par les organismes assureurs **et des indicateurs définis par la commission en lien avec le(s) titulaire(s) du contrat et fait l'objet d'une information/consultation en CCE**

Le SNAP s'étonne en effet que des décisions, qui impacteraient notamment sur la cotisation mutualiste et donc in fine sur la rémunération du salarié, ne fasse pas l'objet d'une information/consultation du CCE.

Le SNAP exige que tous ce qui attrait à la vie de notre établissement et du personnel soit traité par le Comité Central d'Entreprise.

Article 7.2 *Durée de l'accord*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il se substitue à tous les textes et dispositions conventionnels existants portant sur les mêmes objets à la date de sa prise d'effet. Sauf stipulation contraire d'une des parties signataires du présent accord ou d'une des parties signataires de la convention collective nationale, il s'intègre dans la convention collective nationale de Pôle emploi.

Il pourra être révisé par avenant dans les conditions légales, notamment dans le cas où les parties à négociation décident de mesures additionnelles.

Article 7.3 *Date d'entrée en application*

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

Chapitre 8 DEPOT ET PUBLICITE

Le présent accord est déposé, conformément aux dispositions légales en vigueur, au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à la Direction Générale du travail selon les modalités en vigueur.

ANNEXE 1

GARANTIE DE FRAIS DE SOINS DE SANTE

Les remboursements des dépenses de soins de santé s'effectuent dans la limite des frais réellement exposés

POSTES	NIVEAU DES GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, salle d'opération	600% BR	90% (FR limitée à 600% BR)
Honoraires déclarés SS - Actes de chirurgie en K y compris IVG		
Chambre particulière (Frais Hospitalisation chirurgicale)	6% PMSS / jour	
Chambre particulière (Frais Hospitalisation médicale)	6% PMSS / jour	
Forfait hospitalier	100% du forfait	
Frais d'accompagnement	6% PMSS / jour (enfant à charge <14 ans ou adulte >70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation Accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,50% PMSS / jour	
Transport (remboursé par la Sécurité sociale)	100% BR	
Actes médicaux		
Généraliste - Parcours de soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)
Généraliste - Hors Parcours de soins	100% (FR limitée à 400% BR)	90% (FR limitée à 400% BR)
Spécialiste - Parcours de soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)
Spécialiste - Hors Parcours de soins	100% (FR limitée à 400% BR)	90% (FR limitée à 400% BR)
Radiologie	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)
Analyses acceptées par la SS	100% (FR limitée à 600% BR) - SS	
Auxiliaires médicaux	200% BR	
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation)	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)
Pharmacie (remboursée par la Sécurité sociale)		
• à 65%	100% BR	
• à 35%		
• à 15%		
Dentaire		
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	200% BR	
Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core & clavette)	450% BR	
Orthodontie remboursée SS	450% BR	
Orthodontie non remboursée SS	300% BR – SS estimée	
Parodontologie	115% BR	
Prothèse dentaire non remboursée	300% BR – SS estimée	
Implant non remboursé SS	10% 30 % PMSS / implant / bénéficiaire	
Supplément intermédiaire de bridge sur la base d'un BR de 43 €	300% BR – SS estimée	
Gingivectomie	115% BR	
Prothèses non dentaires		
Prothèse auditive adulte acceptée SS	25,50% PMSS / prothèse	
Prothèse auditive adulte refusée SS	19,50% PMSS / prothèse	
Prothèse auditive enfant acceptée SS	25,50% PMSS / prothèse	
Prothèse auditive enfant refusée SS	19,50% PMSS / prothèse	
Orthopédie & autres prothèses acceptées SS	365% BR	

Optique	Plafond : 1 paire de lunettes (verres et monture) / an / bénéficiaire
Monture Adulte	7% PMSS / an / bénéficiaire
Pour les 2 verres Adulte	-8% PMSS + 2000% BR / an / bénéficiaire
Par verre adulte	100% FR – SS, limitée à 4% PMSS + 2500 % BR / an / bénéficiaire
Monture Enfants (moins de 18 ans)	6% PMSS
Pour les 2 verres Enfants	-5% PMSS + 2000% BR / an / bénéficiaire
Par verre enfant	100% FR – SS, limitée à 2,5% PMSS + 2000 % BR / an / bénéficiaire
Lentilles remboursées SS y compris les lentilles d'adaptation	8% PMSS par paire
Lentilles non remboursées et jetables	8,5% PMSS / an / bénéficiaire

Cure thermale acceptée et prise en charge par la SS	
Frais de traitement et honoraires	20% PMSS (21 jours maxi)
Frais de voyages et hébergement	
Refusée SS, effectuée en France, sur accord du médecin conseil de la SS	15% PMSS
Maternité	
Chambre particulière	6% PMSS / jour
Forfait par enfant (y compris adoption)	20% PMSS dans la limite des frais engagés
Divers	
Chirurgie de l'œil non prise en charge par la SS	Myopie : 15% PMSS / œil / an / bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la SS : anti grippe saisonnière y compris en prise homéopathique	100% FR
Vaccins pris en charge par la SS y compris en prise homéopathique	100% FR
Forfait actes médicaux > 91 €	100% du forfait
Ostéodensitométrie osseuse	2% PMSS / an / bénéficiaire
Contraceptifs oraux non pris en charge par la SS	3% PMSS / an / bénéficiaire
Consultation Diététicien - lutte Obésité	3% PMSS / an / bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 € / an / bénéficiaire
IVG thérapeutique remboursée par la Sécurité sociale	150%-BR
Consultation de médecine douce	30 € / séance avec maxi 4 séances / an / bénéficiaire
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	2 séances / an / bénéficiaire
Dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage / 5 ans / bénéficiaire

(*P2) Par dérogation pour les adultes, en cas de bris, il est accordé une paire de lunettes supplémentaire par an et par adulte, sur présentation de la facture acquittée mentionnant qu'il s'agit d'une casse et sur présentation de décompte de la Sécurité Sociale correspondant à cette casse. Il n'est pas appliqué de limite par an pour les enfants de moins de 16 ans.

FR = frais réels

BR = base de remboursement de la Sécurité Sociale

PMSS = plafond mensuel de Sécurité Sociale ; Montant du PMSS au 1^{er} janvier 2011 = 2 946 €

TRSS = tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

Les remboursements forfaitaires annuels ou les limites par an et par bénéficiaire sont appliqués par année civile

Les prestations figurant dans ce tableau et n'ouvrant pas droit au remboursement de la Sécurité sociale devront être négociées au cas par cas lors du dialogue compétitif avec les prestataires. Celles-ci figureront en option dans le cahier des charges. Ces options seront éventuellement levées à la notification du marché correspondant, en fonction des coûts proposés par les prestataires et des dépenses induites à la charge de Pôle emploi et des agents. Les parties à négociation se rencontreront pour décider, au cas par cas, de la levée ou non de ces options.

GARANTIE DE FRAIS DE SOINS DE SANTE REGIME ALSACE MOSELLE

Les remboursements des dépenses de soins de santé s'effectuent dans la limite des frais réellement exposés

POSTES	NIVEAU DES GARANTIES	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité		
Frais de séjour, salle d'opération	600% BR	100% (FR limitée à 600% BR)
Honoraires déclarés SS - Actes de chirurgie en K y compris IVG		
Chambre particulière (Frais Hospitalisation chirurgicale)	100 % FR limitée à 6% PMSS / jour	
Chambre particulière (Frais Hospitalisation médicale)	100 % FR limitée à 6% PMSS / jour	
Forfait hospitalier	100% du forfait	
Frais d'accompagnement	6% PMSS / jour (enfant à charge <14 ans ou adulte >70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation Accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,50% PMSS / jour	
Transport (remboursé par la Sécurité sociale)	100% BR	
Actes médicaux		
Généraliste - Parcours de soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)
Généraliste - Hors Parcours de soins	100% (FR limitée à 400% BR)	90% (FR limitée à 400% BR)
Spécialiste - Parcours de soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)
Spécialiste - Hors Parcours de soins	100% (FR limitée à 400% BR)	90% (FR limitée à 400% BR)
Radiologie	100% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 600% BR)
Analyses acceptées par la SS	100% (FR limitée à 600% BR) - SS	
Auxiliaires médicaux	200% BR	
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation)	100% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 600% BR)

Pharmacie (remboursée par la Sécurité sociale)	
• à 65%	100% BR
• à 35%	
• à 15%	
Dentaire	
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	650% BR
Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core & clavette)	650% BR
Orthodontie remboursée SS	650% BR
Orthodontie non remboursée SS	650% BR – SS estimée
Parodontologie	650% BR
Prothèse dentaire non remboursée	650% BR – SS estimée
Implant non remboursé SS	15,30 % PMSS / implant / bénéficiaire
Supplément intermédiaire de bridge sur la base d'un BR de 43 €	650% BR – SS estimée
Gingivectomie	650% BR
Prothèses non dentaires	
Prothèse auditive adulte acceptée SS	25,50% PMSS / prothèse
Prothèse auditive adulte refusée SS	19,50% PMSS / prothèse
Prothèse auditive enfant acceptée SS	25,50% PMSS / prothèse
Prothèse auditive enfant refusée SS	19,50% PMSS / prothèse
Orthopédie & autres prothèses acceptées SS	365% BR
Optique	
Plafond : 1 paire de lunettes (verres et monture) / an / bénéficiaire	
Monture Adulte	100 % FR limitée à 7% PMSS / an / bénéficiaire
Par verre adulte	100% FR – SS, limitée à 4% PMSS + 2500 % BR / an / bénéficiaire
Monture Enfants (moins de 18 ans)	100 % FR limitée à 6% PMSS
Par verre enfant	100% FR – SS, limitée à 2,5% PMSS + 2000 % BR / an / bénéficiaire
Lentilles remboursées SS y compris les lentilles d'adaptation	100 FR limitée à 8% PMSS par paire
Lentilles non remboursées et jetables	100 FR limitée à 8,5% PMSS / an / bénéficiaire
Cure thermale acceptée et prise en charge par la SS	
Frais de traitement et honoraires	23,5% PMSS (21 jours maxi)
Frais de voyages et hébergement	
Refusée SS, effectuée en France, sur accord du médecin conseil de la SS	17% PMSS
Maternité	
Chambre particulière	100 % FR limitée à 6% PMSS / jour
Forfait par enfant (y compris adoption)	23% PMSS dans la limite des frais engagés
Divers	
Chirurgie de l'œil non prise en charge par la SS	20% PMSS / œil / an / bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la SS : anti grippe saisonnière y compris en prise homéopathique	100% FR
Vaccins pris en charge par la SS y compris en prise homéopathique	100% FR
Forfait actes médicaux > 91 €	100% du forfait
Ostéodensitométrie osseuse	5% PMSS / an / bénéficiaire
Contraceptifs oraux non pris en charge par la SS	5% PMSS / an / bénéficiaire
Consultation Diététicien - lutte Obésité	5% PMSS / an / bénéficiaire
Substituts nicotiques prescrits par un médecin	50 € / an / bénéficiaire
Consultation de médecine douce	40 € / séance avec maxi 4 séances / an / bénéficiaire
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	2 séances / an / bénéficiaire
Dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage / 5 ans / bénéficiaire

(*P2) Par dérogation pour les adultes, en cas de bris, il est accordé une paire de lunettes supplémentaire par an et par adulte, sur présentation de la facture acquittée mentionnant qu'il s'agit d'une casse et sur présentation de décompte de la Sécurité Sociale correspondant à cette casse. Il n'est pas appliqué de limite par an pour les enfants de moins de 16 ans.

FR = frais réels

BR = base de remboursement de la Sécurité Sociale

PMSS = plafond mensuel de Sécurité Sociale ; Montant du PMSS au 1^{er} janvier 2011 = 2 946 €

TRSS = tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

Les remboursements forfaitaires annuels ou les limites par an et par bénéficiaire sont appliqués par année civile

Les prestations figurant dans ce tableau et n'ouvrant pas droit au remboursement de la Sécurité sociale devront être négociées au cas par cas lors du dialogue compétitif avec les prestataires. Celles-ci figureront en option dans le cahier des charges. Ces options seront éventuellement levées à la notification du marché correspondant, en fonction des coûts proposés par les prestataires et des dépenses induites à la charge de Pôle emploi et des agents. Les parties à négociation se rencontreront pour décider, au cas par cas, de la levée ou non de ces options.

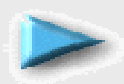
Le SNAP, votre syndicat d'entreprise au sein de POLE EMPLOI

ANNEXE 2
REGIME DE PREVOYANCE OBLIGATOIRE

	Proposition Régime à Options			
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
CAPITAUX DECES Célibataire, veuf, divorcé, séparé sans enfant Conjoint, concubin, PACS, union libre sans enfant Majoration par enfant à charge	250% TABC 400% TABC 125% TABC	250% TABC 400% TABC 0% TABC	250% TABC 150% TABC 125% TABC	250% TABC 150% TABC 0% TABC
RENTE EDUCATION Enfants jusqu'à 11 ans Enfants de 11 à 17 ans inclus Enfants de 18 à 26 ans (si étude)	Néant Néant Néant	10% TABC 15% TABC 20% TABC	Néant Néant Néant	10% TABC 15% TABC 20% TABC
RENTE CONJOINT Viagère Temporaire (jusqu'à réversion IRCANTEC)	Néant Néant	Néant Néant	0,50%TABC*(65 - x) 0,25%TABC*(x - 25)	0,50%TABC*(65 - x) 0,25%TABC*(x - 25)
Garanties annexes Décès Capital supplémentaire Décès accidentel Décès postérieur conjoint (Double Effet) Prédécès Conjoint / Enfants Invalidité Absolue et Définitive (IAD 3ème cat SS)	100% TABC 50% Cap décès option 1 200% PMSS 100% Cap décès option 1 + 100%TABC si non marié	100% TABC 50% Cap décès option 1 200% PMSS 100% Cap décès option 1 + 100%TABC si non marié	100% TABC 50% Cap décès option 1 200% PMSS 100% Cap décès option 1 + 100%TABC si non marié	100% TABC 50% Cap décès option 1 200% PMSS 100% Cap décès option 1 + 100%TABC si non marié
ARRET TRAVAIL En relais et complément Pôle emploi / SS / autres prestations Incapacité de Travail Invalidité Cat1 Invalidité Cat 2/3	100% salaire net 48% TABC 80% TABC	100% salaire net 48% TABC 80% TABC	100% salaire net 48% TABC 80% TABC	100% salaire net 48% TABC 80% TABC

TABC = rémunération totale de l'agent, **toutes primes incluses**

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale

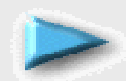


Pour plus d'info : Laurent MERIQUE 06. 62. 65. 19. 68.



BULLETIN D'ADHESION au SNAP

Nom : Prénom :
Téléphone :
Mail :
Pôle Emploi de : Cadre d'emploi :



Snap - 51 rue de la glacière - 75013 PARIS
☎ 01 44 08 67 26 ☎ 01 45 87 29 30
✉ syndicat.snap@pole-emploi.fr