

**ACCORD COLLECTIF
RELATIF AU REGIME OBLIGATOIRE
DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX**

Entre les soussignées :

Crédit Agricole S.A. et les sociétés formant ensemble une unité économique et sociale (UES) représentés par Madame Karine Fernet-Scherer agissant en sa qualité de Directrice des Ressources Humaines Crédit Agricole S.A.

Ci-après dénommées « *Crédit Agricole S.A.* » ou « *l'Entreprise* »

D'une part,

ET

Les organisations syndicales représentatives au sein de l'UES Crédit Agricole S.A.

Ci-après dénommées « *les organisations syndicales représentatives* »

La CGC, représentée par Madame Fabienne Boquet,
La CFDT, représentée par Madame Valérie Delacourt,
Le SNIACAM, représenté par Madame Monique Carlier,
FO-UES, représenté par Monsieur Pascal Lorine.

D'autre part,

Préambule

La Direction et les partenaires sociaux de l'UES Crédit Agricole S.A. ont conclu un accord collectif le 22 juin 2006, modifiés par avenants en date du 25 juin 2011 et du 19 mai 2014, ayant pour objet la mise en place d'un régime obligatoire de remboursement de frais médicaux.

Les parties se sont réunies afin d'adapter le dispositif en vigueur aux évolutions récentes de la réglementation et notamment, mettre le régime en place en conformité avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables (décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et circulaire du 30 janvier 2015).

Il est rappelé que le régime de remboursement des frais médicaux est établi en tenant compte :

- Des dispositions relatives aux contrats responsables ;
- Des règles d'exonération de cotisations de sécurité sociale et de déductibilité fiscale, issues notamment de la loi n°2003-775 du 21 août 2003, du décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 et du décret n°2014-786 du 8 juillet 2014 ;
- De la législation fiscale et sociale en vigueur à la date du présent Accord.

Le présent accord d'entreprise révisé et se substitue, dans l'ensemble de ses dispositions, à toute autre disposition portant sur le même objet, de quelque nature que ce soit (accord collectif,

FB
VD
Ka *KA*

décision unilatérale, usage) applicable avant cette date et notamment aux dispositions de l'accord collectif du 22 juin 2006 et de ses avenants du 25 juin 2011 et du 19 mai 2014.

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

Article 1 : Objet

Le présent accord a pour objet de mettre en place au bénéfice des salariés des sociétés de l'UES Crédit Agricole S.A. un régime de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire portant sur le remboursement des frais médicaux sur la base des garanties et des modalités d'application ci-après annexées à titre informatif.

La gestion de ce régime est confiée à un organisme assureur habilité.

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non renouvellement du contrat de garanties collectives accompagné, le cas échéant, d'un avenant au présent accord.

Article 2 : Bénéficiaires

2.1. Salariés

L'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux est obligatoire pour l'ensemble des salariés des sociétés de l'UES Crédit Agricole S.A., sans condition d'ancienneté.

L'adhésion obligatoire résulte de la signature du présent accord par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau de l'UES.

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et aucun salarié ne pourra s'opposer au précompte de la quote-part salariale de cotisations.

2.2. Cas particuliers

Par exception aux dispositions de l'article 2.1. et conformément aux dispositions de l'article R.242-1-6 du Code de la sécurité sociale, outre les cas de dispense dits de plein droit prévus aux articles L.911-7 et D.911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés ci-après désignés ont la faculté de demander à bénéficier d'une dispense d'adhésion :

- 1. Les salariés et apprentis titulaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ;**
- 2. Les salariés et apprentis titulaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, sous réserve de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;**
- 3. Les salariés bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale. Cette dispense d'affiliation est**

VD
KA KA

applicable jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide. Ces salariés devront justifier de leur situation annuellement auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation ;

4. **Les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire** prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale. Cette dispense d'affiliation est applicable jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture. Ces salariés devront justifier de leur situation annuellement auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation ;

Dans toutes les situations dérogatoires visées précédemment, dès lors que les salariés cesseront de justifier des conditions leur permettant de bénéficier d'une dispense d'adhésion, ils seront tenus d'adhérer et de cotiser au présent régime collectif de remboursement des frais médicaux.

En outre, les salariés remplissant les conditions et souhaitant bénéficier de l'une des dérogations précitées, devront formuler explicitement leur demande par écrit et, le cas échéant, y joindre les justificatifs demandés, auprès de la Direction.

Toute demande de dérogation incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entraînera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif de remboursement de frais de santé.

2.3. Enfants à charge

Les enfants du salarié ou de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) tels que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information sont couverts par le présent régime.

2.4. Conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin)

Le conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) d'un salarié peut être couvert par le régime à la demande du salarié, moyennant le versement d'une participation spécifique définie à l'article 4.1.

2.5. Portabilité des garanties complémentaires frais de santé

Les salariés couverts par le présent régime bénéficient du maintien de ces garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage en application des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues à l'article 4 du présent accord. 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 lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts au titre du présent régime. Les garanties

maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Le bénéfice du maintien des garanties est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article. En l'absence de communication des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et le droit aux prestations qu'il définit.

Article 3 : Prestations

Les prestations figurent dans une annexe au présent accord à titre informatif. Elles ne constituent, en aucun cas, un engagement pour les sociétés de l'UES Crédit Agricole S.A. qui ne sont tenues à l'égard de leurs salariés qu'au seul paiement des cotisations.

Article 4 : Cotisations

4.1. Taux, assiette et répartition des cotisations

- Le régime mis en place est un régime à cotisations définies. Il revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir, dans le cadre d'une cotisation unique obligatoire, le salarié et ses enfants tels que définis par le contrat d'assurance et la notice d'information.

Le taux de cotisation mensuel est égal à 3.59% du plafond mensuel de la sécurité sociale¹.

La cotisation servant au financement du régime « de remboursement de frais médicaux » sera prise en charge par l'entreprise et les salariés, selon les modalités suivantes :

- part patronale : 75%
- part salariale : 25%

- Si un salarié souhaite que son conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) soit couvert par le présent régime, il devra verser une participation mensuelle entièrement à sa charge égale à 0,25% du plafond mensuel de la sécurité sociale.

4.2. Evolution des cotisations

Afin d'assurer l'équilibre du régime à long terme, les taux des cotisations ont vocation à évoluer en fonction de l'évolution de l'équilibre financier du régime. A compter du 1er juillet 2018, et chaque année suivante au premier juillet, les taux de cotisations seront réajustés en fonction des résultats du régime, observés lors de l'exercice annuel complet précédent. Ce réajustement sera compris entre +7% (plafond) et -7% (plancher) afin de limiter strictement les éventuelles hausses ou baisses de cotisations d'une année sur l'autre.

Toute évolution ultérieure des cotisations sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés.

4.3. Sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail

¹ Pour information, le plafond mensuel de la sécurité social est égal à 3 269 euros en 2017. Il est fixé chaque année par voie réglementaire.

VD
Kas
KA

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.), l'adhésion des salariés au régime est maintenue, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 5 : Information

5.1. Information individuelle

En leur qualité de souscripteur, les sociétés de l'UES Crédit Agricole S.A. remettront à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de ces sociétés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations résultant d'une modification du contrat.

5.2. Information collective

A la demande des organisations syndicales représentatives, un comité de suivi composé d'un représentant par organisation syndicale, titulaire d'un mandat désignatif ou électif au sein de l'UES Crédit Agricole S.A., est créé. Il se réunira deux fois par an, à l'initiative des organisations syndicales, pour analyser l'évolution du régime.

En outre, conformément à l'article R.2323-1-13 du Code du travail, le Comité d'entreprise sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de remboursement de frais médicaux.

Article 6 : Durée, révision, dénonciation de l'accord

6.1. Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2018, sous réserve de l'absence d'opposition d'une ou des organisation(s) syndicale(s) majoritaire(s). Il substitue 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, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2222-5, L.2261-7 et suivants et L.2261-9 et suivants du Code du travail.

6.2. Révision

Conformément aux articles L.2222-5 et L.2261-7 et suivants du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

FB
VD
VFA
KA

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à l'ensemble des parties signataires au présent accord.

La demande de révision doit être obligatoirement accompagnée de propositions sur les thèmes dont il est demandé la révision.

Les négociations au sujet des demandes de révision doivent obligatoirement être initiées au plus tard 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.

Si un avenant de révision est valablement conclu, ses dispositions se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifie.

6.3. Dénonciation

Conformément aux articles L.2222-6 et L.2261-9 et suivants du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L.2261-9 du Code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois mois.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance de la convention d'assurance collective.

La résiliation, par l'organisme assureur, du contrat, entraînera de plein droit caducité du présent accord par disparition de son objet.

Article 7 : Dépôt et publicité

En application des dispositions des articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail, le présent accord sera déposé en deux exemplaires, dont une version originale et une version sur support électronique, auprès de la DIRECCTE de Nanterre et en un exemplaire original au secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes de Boulogne-Billancourt.

En outre, un exemplaire original sera établi pour chaque partie.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives au sein de l'UES Crédit Agricole S.A. et non signataires de celui-ci.

VD
FB
KA

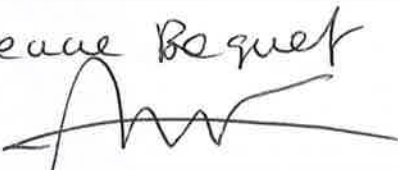


Le présent accord sera mis à disposition du personnel au sein de la Direction des ressources humaines et posté sur l'Intranet RH.

Fait à Montrouge, en 7 exemplaires originaux, le 27 novembre 2017

**Pour les sociétés de l'UES Crédit Agricole S.A.
représentées par Karine Fernet-Scherer
Directrice des Ressources Humaines Crédit Agricole S.A.**



Pour les organisations syndicales représentatives :

| | |
|---|---|
| Syndicat CGC Fabrice Bequet  | Syndicat CFDT  Valérie DEZACOURT |
| Syndicat SNIACAM | Syndicat FO-UES  Kheira ROUCHAL |

Annexe : Résumé des garanties auquel se substituera la notice d'information une fois qu'elle aura été communiquée à l'employeur ou notice d'information de l'assureur du contrat souscrit par l'entreprise pour la mise en œuvre de ce régime.

KA
VD
KA

**UES CASA - CONTRAT FRAIS DE SANTE
REGIME DE BASE**



Les garanties sont exprimées en complément du remboursement de la Sécurité Sociale ou de la MSA (RSS), sauf mentions contraires.

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE, PSYCHIATRIE ET HOSPITALISATION A DOMICILE

| Garanties | Assiette | Régime Base |
|--|----------------|-----------------------|
| Frais de séjour | - | - |
| • Etablissement conventionnés | BR / Acte | 100% FF limité à 500% |
| • Etablissement non conventionnés | BR / Acte | 90% FR limité à 500% |
| Honoraires en établissements conventionnés et non conventionnés | - | - |
| • Médecins aux pratiques tarifaires maîtrisées | BR / Acte | 500% |
| • Médecins aux pratiques tarifaires non maîtrisées | TM + BR / Acte | TM + 100% |
| La franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120 €) | FR / Acte | 100% |
| Chambre particulière / hospitalisation (sans limitation, sauf en psychiatrie : 60 jours / année civile et SSR et centre de convalescence : 90 jours / année civile) | PMSS / Jour | 3% |
| Frais d'accompagnement / hospitalisation (limité à 60 jours) | PMSS / Jour | 1,5% |
| Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée) | FR / Jour | 100% |

(1) La garantie hospitalisation longue durée est déductible par hospitalisation > 10 jours, dans la limite de 3 versements par an et par bénéficiaire

SOINS MEDICAUX COURANTS

| Garanties | Assiette | Régime Base |
|---|-----------------|--------------------|
| Honoraires (consultations, visites généralistes) | - | - |
| • Médecins aux pratiques tarifaires maîtrisées | BR / Acte | 200% |
| • Médecins aux pratiques tarifaires non maîtrisées | TM + BR / Acte | TM + 100% |
| Honoraires (consultations, visites spécialistes) | - | - |
| • Médecins aux pratiques tarifaires maîtrisées | BR / Acte | 200% |
| • Médecins aux pratiques tarifaires non maîtrisées | TM + BR / Acte | TM + 100% |
| Honoraires (actes techniques et radiologie) | - | - |
| • Médecins aux pratiques tarifaires maîtrisées | BR + RSS / Acte | 100% BR + 50 % RSS |
| • Médecins aux pratiques tarifaires non maîtrisées | TM + BR / Acte | TM + 100% |
| Médicaments à service médical rendu majeur ou important (85%) | TM / Acte | 100% |
| Médicaments à service médical rendu modéré (35%) | TM / Acte | 100% |
| Médicaments à service médical rendu faible (15%) | TM / Acte | 100% |
| Sevrage tabagique | Euros / An | 50 € |
| Auxiliaires médicaux | - | - |
| • Secteur conventionnés | BR + RSS / Acte | 100% BR + 50 % RSS |
| • Secteur non conventionnés | BR / Acte | 200% |
| Analyses et examens médicaux | - | - |
| • Secteur conventionnés | BR + RSS / Acte | 100% BR + 50 % RSS |
| • Secteur non conventionnés | BR / Acte | 200% |
| Transport remboursé par la Sécurité sociale | - | - |
| • Secteur conventionnés | BR + RSS / Acte | 100% BR + 50 % RSS |
| • Secteur non conventionnés | BR / Acte | 200% |

OPTIQUE

| Garanties | Assiette | Régime Base |
|--|------------------------|---|
| Plafond équipement lunettes | Fréquence / Equipement | Un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois entre 2 achats pour les adultes sauf en cas de modification de la vue ou pour les enfants, limité à un équipement tous les 12 mois entre deux achats |
| Equipement lunettes | - | - |
| • Monture | Euros / Monture | 150 € |
| • Verre simple (1) | Euros / Verre | 160 € |
| • Verre complexe (2) | Euros / Verre | 300 € |
| • Verre hypercomplexe (3) | Euros / Verre | 350 € |
| Lenilles remboursées par la Sécurité sociale (4) | PMSS / An | 90% FR dans la limite de 10% du PMSS |
| Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et la presbytie) | PMSS / oeil / An | 50% FR dans la limite de 25% du PMSS |

Les forfaits verres, monture et lentille sont en complément du remboursement de la Sécurité sociale exclu

(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(2) Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif

(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont le sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +4,00 dioptries

(4) Prise en charge systématique d'une garantie à 100% BR au-delà du forfait pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale

Handwritten notes: FB, UD, KA, and a signature.

UES CASA - CONTRAT FRAIS DE SANTE REGIME DE BASE

CA CRÉDIT AGRICOLE
ASSURANCES
PNEUMICA - ASSURANCES COLLECTIVES

Les garanties sont exprimées en complément du remboursement de la Sécurité Sociale ou de la MSA (RSS), sauf mentions contraires,

| DENTAIRE | | |
|---|-----------------|--------------------------------|
| Garanties | Assiette | Régime Base |
| Actes remboursés par la Sécurité sociale | | |
| • Consultations et soins dentaires (dont Inlay-onlay) | | |
| • Secteur conventionnés | BR + RSS / Acte | 100% BR +50 % RSS |
| • Secteur non conventionnés | BR / Acte | 200% |
| • Prothèses dentaires dont inlay-core (1) | BR / Acte | 400% |
| • Orthodontie (1) | BR / Acte | 250% |
| Actes non remboursés par la Sécurité sociale | | |
| • Prothèses dentaires | BRR/ Acte | 400% |
| • Implantologie | PMSS / acte | 18% limité à 4 implants par an |

(1) Prise en charge systématique d'une garantie à 125% BR au-delà du plafond dentaire

| AUTRES | | |
|---|-------------|-------------|
| Garanties | Assiette | Régime Base |
| Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils) | BR / Acte | 200% |
| Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale | BR / Acte | 200% |
| Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale | PMSS / Jour | 0,5% |
| Allocation naissance | PMSS / Acte | 20% |
| Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale) | BR / Acte | 100% |

| MEDECINE DOUCE | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Garanties | Assiette | Régime Base |
| Séances Acupuncteur • Chiropracteur • Diététicien • Ostéopathe • Etiopathe (Uniquement praticiens rattachés à une Fédération reconnue - détaillé dans les CG) | Euros / Acte limité en Séance / An | 50 € limité à 6 séances par an et par spécialité |

| | | |
|--|--------------------|-----|
| Réseau de soins | CARTE BLANCHE | OUI |
| Garanties d'assistance pour la France métropolitaine | MONDIAL ASSISTANCE | OUI |

Lexique :

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée

BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstituée servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM

Rbs Ss : Taux de Remboursement de la Sécurité sociale / Il s'agit du taux d'intervention de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / Il s'agit du montant remboursé par la Sécurité sociale (BR x Rbs Ss)

DH : Dépassement d'honoraire / Il s'agit des Frais Réels dépassant la Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur / Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret

LD
KA