

**ACCORD RELATIF AU REGIME DE BASE RESPONSABLE DE  
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE ET AU REGIME DE  
PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE AU PROFIT DES SALARIES DE  
L'ONERA**

oOo

Entre l'Office National d'Études et de Recherches Aérospatiales,

Agissant par son Président, d'une part,

Et

Les Organisations Syndicales représentatives du personnel soussignées, d'autre part,

- Madame Claire SANCHEZ, Déléguée Syndicale Centrale CFTC,
- Madame Béatrice SORRENTE, Déléguée Syndicale Centrale CFE-CGC,
- Monsieur Gilles MARCON, Délégué Syndical Central CFDT,
- Monsieur Arnaud RISTORI, Délégué Syndical Central CGT.

## **PRÉAMBULE :**

La loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (art.L.911-7 Code de la sécurité sociale (CSS)), a défini le cadre juridique global de la nouvelle obligation de généralisation de la couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire.

L'ONERA, ayant déjà mis en place une telle couverture pour l'ensemble de ses salariés, il lui appartenait de vérifier que celle-ci était bien conforme aux obligations désormais imposées par la réglementation tant :

- pour le niveau minimal des garanties ou « panier de soins » défini par les articles L.911-7 II et D.911-1 CSS que
- pour la participation au financement de cette couverture au moins pour moitié.

Par ailleurs, la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 du 23 décembre 2013 est venue réformer la réglementation sur le contrat « responsable », dont le respect permet, entre autres conditions, de continuer à bénéficier du régime social et fiscal de faveur applicable au financement patronal et salarial des garanties frais de santé. Cette réforme a profondément remanié le cahier des charges du contrat responsable, s'agissant essentiellement du niveau et des caractéristiques des différentes garanties devant être assurées par les contrats frais de santé.

En outre, la loi n°2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 du 21 décembre 2015 est venue modifier sensiblement les conditions de la généralisation de la complémentaire santé sur certains points, notamment sur les cas de dispenses, et est revenue sur la notion d'ayant droit en instaurant la Protection Universelle Maladie (PUMA).

Dans ce contexte, l'ONERA a souhaité engager des discussions avec les partenaires sociaux afin de :

- se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative au « contrat responsable » avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, terme de la période transitoire, tout en préservant le niveau de couverture santé des salariés de l'ONERA sans dégrader les comptes du régime.
- faire un point sur le financement du régime frais de santé et prévoyance mis en place au sein de l'ONERA depuis 2009 en appréciant l'équilibre général des contrats (frais de santé- décès-arrêt de travail).
- préciser les cas de dispense d'adhésion autorisés dans le cadre de ce régime et
- redéfinir les bénéficiaires du régime.

Les partenaires sociaux ont maintenu la gestion du dispositif de prévoyance complémentaire (Prévoyance et Frais de santé) à l'IPECA, institution de prévoyance à but non lucratif et régie par le code de la Sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont également souhaité négocier le taux de cotisations et revoir la répartition des cotisations entre l'ONERA et les salariés.

Les parties se sont donc réunies pour revoir les conditions de mise en œuvre des régimes frais de santé et prévoyance. Des réunions de négociations se sont tenues les 26 avril, 6 juillet, 25 juillet, 7 septembre, 6 octobre et 9 novembre 2017, sur la base des discussions qui avaient eu lieu au sein de la commission de suivi Prévoyance/ Frais de santé depuis février 2015.

A l'issue de ces réunions, la Direction de l'ONERA et les organisations syndicales représentatives sont parvenues à un accord et se sont entendues pour décliner le régime de protection sociale de l'ONERA selon deux accords :

- Accord relatif au régime de base responsable de remboursement des frais de santé et au régime collectif et obligatoire de prévoyance complémentaire au profit des salariés de l'ONERA
- Accord relatif au régime sur complémentaire non responsable de remboursement des frais de santé au profit des salariés de l'ONERA

En conséquence de quoi, il a été convenu ce qui suit :

## **ARTICLE 1 : OBJET**

Le présent accord a pour objet d'une part,

- la définition du régime frais de santé répondant au cahier des charges du contrat responsable de base responsable et d'autre part,
- le rappel du régime collectif et obligatoire de prévoyance complémentaire mis en place au sein de l'ONERA en 2009 et la présentation des modifications apportées au financement du régime.

## **ARTICLE 2 : BENEFICIAIRES**

### **2.1. Bénéficiaires du régime de prévoyance complémentaire**

#### **2.1.1. Salariés en activité**

Le régime de prévoyance complémentaire s'applique dans les mêmes conditions, dans tous les établissements de l'ONERA, à l'ensemble des salariés de l'ONERA, sans distinction entre les catégories professionnelles.

#### **2.1.2. Salariés en suspension de contrat**

Tout salarié en arrêt de travail bénéficie du maintien de la garantie en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive. Ce maintien de garanties se poursuit tant que dure l'arrêt de travail et cesse dans les mêmes conditions que les prestations arrêt de travail. (incapacité de travail, invalidité).

#### **2.1.3. Salariés dont le contrat est rompu : portabilité des droits**

Le salarié bénéficiera, du maintien à titre gratuit de la garantie collective prévoyance, en cas de cessation de son contrat de travail, non consécutive à un licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien de cette garantie se fera dans les conditions prévues à l'article L.911-8 CSS.

Une information plus détaillée sur la portabilité des droits sera fournie au salarié à son départ de l'entreprise

### **2.2. Bénéficiaires du régime frais de santé de base responsable**

#### **2.2.1. Salariés en activité et les membres de leur famille**

Le régime frais de santé de base responsable s'applique dans les mêmes conditions, dans tous les établissements de l'ONERA, à l'ensemble des salariés de l'ONERA, sans distinction entre les catégories professionnelles.

Dès son affiliation, tout participant bénéficie des garanties du régime, tant pour lui-même que pour les membres de sa famille définis ci-dessous :

- Le conjoint ou le cosignataire du PACS (sur présentation d'une copie du Pacte), qui exerce ou non une activité professionnelle
- Les enfants du participant, de son conjoint, de son concubin, ou du cosignataire du PACS n'ayant pas atteint leur 25ème anniversaire (célibataires, légitimes ou naturels, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation dont la participant est tuteur) fiscalement à charge du participant et poursuivant des études ou primo demandeur d'emploi justifiant d'une inscription au Pôle Emploi s'ils ont plus de 18 ans
- Quel que soit leur âge, les enfants handicapés sous réserve qu'ils perçoivent l'allocation d'éducation spéciale ou l'allocation d'adulte handicapé prévu au code de la sécurité sociale

- Les ascendants fiscalement à charge du participant ou bénéficiaire à titre personnel de la CMU complémentaire à titre gratuit.

### 2.2.2. Salariés en suspension de contrat

L'adhésion des salariés visés au 2.2.1 est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel.

Le bénéfice des garanties frais de santé- maternité se poursuit en cas d'arrêt de de travail et cesse dans les mêmes conditions que les prestations arrêt de travail assurées par l'Onera ou l'organisme assureur (incapacité de travail, invalidité).

### 2.2.3. Salariés dont le contrat est rompu : portabilité des droits

Le salarié bénéficiera, ainsi que les membres de sa famille définis à l'article 2.2.1 du présent accord, du maintien à titre gratuit de la garantie collective des frais de santé, en cas de cessation de son contrat de travail, non consécutive à un licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien de cette garantie se fera dans les conditions prévues à l'article L.911-8 CSS.

Une information plus détaillée sur la portabilité des droits sera fournie au salarié à son départ de l'entreprise.

## **ARTICLE 3 : ADHESION**

### 3.1. Adhésion obligatoire

L'adhésion au régime de prévoyance complémentaire est obligatoire pour l'ensemble des salariés concernés sans condition d'ancienneté.

L'adhésion au régime frais de santé de base responsable est obligatoire pour l'ensemble des salariés concernés, sans condition d'ancienneté, et les membres de leur famille visés à l'article 2.2.1.

### 3.2. Cas de dispense

En application des dispositions des articles L.911-7, III al.2 et 3 et D.911-2 CSS, peuvent être dispensés d'adhérer au régime frais de santé de base responsable, sans remise en cause du caractère collectif et obligatoire du régime, les salariés remplissant les conditions suivantes :

- a. En contrat de travail à durée déterminée, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois, dès lors qu'ils justifient disposer d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 CSS (contrat « responsable ») ;
- b. Bénéficiaires d'une couverture complémentaire dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C ; article L. 861-3 CSS) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS ; article L. 863-1 du même code), cette dispense ne pouvant jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- c. Couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de l'embauche, cette dispense ne pouvant jouer que jusqu'à l'échéance de ce contrat individuel ;
- d. Qui bénéficient pour les mêmes risques y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaires de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
  - o Dispositif de garanties remplissant les conditions de l'article L. 242-1, alinéa 6 CSS (régime complémentaire de frais de santé collectif et obligatoire). Peuvent notamment être visés le

salarié multi-employeurs couvert par un autre régime collectif et obligatoire ou le salarié couvert en tant qu'ayant droit par le régime de son conjoint, sous réserve, dans ce cas, du caractère obligatoire de l'adhésion des ayants droit dans le régime du conjoint ;

- o Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin », issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- o Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- o Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 CSS ;
- o Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

### 3.3. Modalités de mise en œuvre des dispenses

Suivant les dispositions de l'article D.911-5 CSS, les demandes de dispense d'adhésion au régime frais de santé de base responsable, prises en application des articles L. 911-7,III et D. 911-2 du même code doivent être formulées :

- au moment de l'embauche ;
- ou, à la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux paragraphes b. et d. ci-dessus, à savoir l'ACS et la CMU-C et la couverture du salarié par un autre régime collectif obligatoire ou assimilé.

La demande de dispense est à l'initiative du salarié qui doit, s'il souhaite en bénéficier, déclarer par écrit à l'employeur suivant le formulaire remis par le service paie :

- le cadre dans lequel cette dispense est formulée ;
- la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense ou, le cas échéant, la date de la fin de ce droit, s'il est borné ;
- la mention selon laquelle le salarié a bien été informé des conséquences de son choix.

Cette déclaration du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur à remettre à l'employeur et doit être accompagnée des justificatifs permettant au salarié le bénéfice de la dispense d'affiliation demandée.

## ARTICLE 4 : GARANTIES

Les garanties du régime frais de santé de base et responsable et celles du régime de prévoyance complémentaire sont décrites dans les notes de couverture jointes en annexe.

## ARTICLE 5 : FINANCEMENT DES REGIMES

### 5.1. Taux, assiette et répartition des cotisations

Les cotisations aux régimes sont calculées en appliquant les taux fixés aux tranches de salaire brut annuel des participants ou à l'assiette forfaitaire se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues.

**5.1.1. Cotisation au régime frais de santé de base responsable**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la cotisation est fixée aux taux suivants :

- 2.64 % du salaire Tranche A
- 2.69 % du salaire Tranche B

La répartition de cette cotisation est définie comme suit :

- 55 % à la charge de l'employeur
- 45 % à la charge du salarié.

Par ailleurs, la cotisation service assistance est maintenue à hauteur de 0.05 % du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle est prise en charge par l'employeur dans sa totalité.

**5.1.2. Cotisation au régime de prévoyance complémentaire**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la cotisation est fixée aux taux suivants :

- 1.20 % du salaire Tranche A
- 1.20 % du salaire Tranche B

La répartition de cette cotisation est définie comme suit :

- 55 % à la charge de l'employeur
- 45 % à la charge du salarié.

**5.2. Evolution des cotisations**

Ces taux de cotisation seront a minima maintenus identiques pendant 2 années, à périmètre réglementaire constant.

Toute proposition d'évolution ultérieure des taux de cotisations, liées à l'équilibre des régimes et émise par le prestataire devra faire l'objet d'un examen préalable au sein de la commission de suivi telle que définie à l'article 6 du présent accord et le cas échéant de la signature d'un avenant au présent accord.

**5.3. Mise en place d'un compte de participation aux excédents**

Les parties signataires ont décidé de mettre en place un compte de participation aux excédents, afin de se doter d'un nouvel outil de pilotage pour anticiper les ajustements de garanties ou de cotisations qui pourraient s'avérer utiles ou nécessaires.

En conséquence, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, un compte de participation aux excédents dont les modalités de fonctionnement sont définies dans l'annexe n°1 aux conditions particulières n°0412/831 au contrat collectif de prévoyance frais de santé et à l'annexe n°1 aux conditions particulières n°0412/820 au contrat collectif de prévoyance décès-arrêt de travail, est mis en place.

Celui-ci sera présenté chaque année aux membres de la commission de suivi définie à l'article 6 du présent accord.

En cas de résiliation des contrats frais de santé et prévoyance avec l'organisme assureur, la provision d'égalisation et la réserve générale, à la clôture des comptes de résultats définitifs au 31 décembre du dernier exercice N seront transférées au nouvel organisme assureur.

Par ailleurs, si l'ONERA souhaite mettre un terme à l'utilisation de ce compte de participation aux excédents, les partenaires à la négociation examineront ensemble les conditions d'affectation de l'excédent. Ils seront amenés dans ce cadre, à envisager l'introduction de nouvelles prestations ou la baisse de cotisations.

## **ARTICLE 6 : SUIVI DE L'ACCORD**

Afin d'assurer une bonne information et le suivi du régime de protection sociale dont bénéficie les salariés de l'ONERA, les parties signataires conviennent de maintenir la commission, dénommée « Commission de suivi Prévoyance/frais de santé », instituée dans le cadre de l'accord sur la politique sociale de l'ONERA du 16 juillet 2009.

Cette commission est composée de deux représentants de chaque organisation syndicale représentative dans l'entreprise et de représentants de la Direction des Ressources Humaines.

Tout nouveau membre bénéficie au préalable d'une formation spécifique.

La commission sera réunie à l'initiative de l'employeur, au moins deux fois par an, de telle sorte qu'elle puisse examiner l'évolution du régime et étudier, si besoin, les aménagements nécessaires.

Elle sera informée à cet effet de la situation financière des régimes. A cette fin, la commission sera destinataire des documents suivants :

- Les résultats techniques prévisionnels et définitifs frais de santé présentés sur 3 ans ;
- Les résultats techniques prévisionnels et définitifs prévoyance présentés sur 5 ans ;
- Le compte de participation aux excédents présenté sur 10 ans. Il est tenu compte des résultats à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Ces résultats doivent permettre le pilotage des régimes en s'appuyant sur les bénéfices déjà acquis à la date de la signature du présent accord.

En cas de besoin, le représentant du prestataire pourra être invité à tout ou partie de la réunion.

La commission pourra étudier et proposer des évolutions de garanties et/ou des taux de cotisations.

En tout état de cause, les parties conviennent que la commission examinera dès 2018 la possibilité de faire évoluer la nature ou le niveau des garanties actuelles qui devra être formalisé, le cas échéant par un avenant à l'accord.

## **ARTICLE 7 : CONSULTATION D'ORGANISMES**

La Direction Générale s'engage à lancer une consultation auprès de différents organismes de prévoyance collective en lien avec la commission de suivi. Celle-ci interviendra avant 5 ans.

## **ARTICLE 8 : DURÉE ET ENTRÉE EN VIGUEUR**

Le présent accord prend effet à compter du 1er janvier 2018 pour une durée indéterminée.

## **ARTICLE 9 : REVISION-DENOCIATION**

Une procédure de révision pourra être engagée selon les modalités mentionnées à l'article L. 2261-7-1 du Code du travail.

Le présent accord pourra être dénoncé par les parties signataires dans les conditions définies aux articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail.

**ARTICLE 10 : DEPOT ET PUBLICITE**

Le présent accord fera l'objet, à la diligence de l'ONERA, des formalités de notification, de dépôt et de publicité prévues par les articles L.2231-5 et suivants ainsi que les articles R.2231-1 et suivants du Code du travail

AR M  
67 6

oOo

Fait à Palaiseau, le 21 DEC. 2017

Le Président de l'ONERA



Pour les organisations syndicales  
représentatives du personnel.

Pour la CFDT

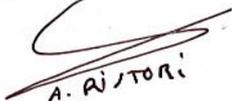
Gilles MARCON  


Pour la CFE-CGC

Pour la CFTC

Clarie SANCHEZ  


Pour la CGT

Arnaud RISTORI  
  
A. RISTORI

Sauf mentions contraires dans le tableau de garanties :

- Les montants indiqués ci-dessous incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
- Les soins et actes de toute nature non pris en charge par la Sécurité sociale ne font pas l'objet de remboursement par l'Institution.

Le remboursement total obtenu de la Sécurité sociale, de l'Institution et de tout autre organisme ne peut en aucun cas excéder les frais réels engagés.

Il est précisé que la « base de remboursement » est le tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

La base de remboursement applicable à un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire n'est pas la même que celle applicable à un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, ce dernier étant moins bien remboursé par l'Assurance maladie obligatoire.

En tout état de cause, la prestation de l'Institution prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.

<b>FRAIS MÉDICAUX PARAMÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES</b>	
<b>Honoraires de médecins généralistes</b>	
Médecins conventionnés signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	250 % BR
Médecins conventionnés non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Médecins non conventionnés	200 % BR
<b>Honoraires de médecins spécialistes</b>	
Médecins conventionnés signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	275 % BR
Médecins conventionnés non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Médecins non conventionnés	200 % BR
<b>Petits actes techniques exercés par un médecin lors d'une consultation</b>	
Médecins conventionnés signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	
Médecins conventionnés non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	275 % BR
Médecins non conventionnés	200 % BR 200 % BR
<b>Imagerie médicale</b>	
Médecins conventionnés signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	250 % BR
Médecins conventionnés non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Médecins non conventionnés	200 % BR
<b>Honoraires d'auxiliaires médicaux</b>	100 % BR
<b>Analyses et examens en laboratoire</b>	195 % BR
<b>Frais pharmaceutiques</b>	100 % BR

AR M  
GM C

FRAIS MÉDICAUX PARAMÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES	
Prothèses auditives :	
Adulte :	35 % PMSS par prothèse
Enfant :	210 % BR
Appareillages orthopédiques, et autres appareillages (autres que dentaires)	210 % BR
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR
Frais de transport non remboursés par la Sécurité sociale	4 % PMSS
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	14 % PMSS par cure, sur présentation des justificatifs de dépenses.
Médecine douce : ostéopathe	60% des frais réels dans la limite de 1,5 % PMSS par séance. Le remboursement de l'Institution est limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.

FRAIS D'OPTIQUE en complément du remboursement de la Sécurité sociale (ticket modérateur inclus)	
Verres et monture(1) Un équipement optique est constitué de deux verres et d'une monture	
Niveau de correction	Prestation par équipement optique égale à 80% des frais réels dans la limite de :
2 Verres simple foyer (A) - sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et cylindre ≤ à +4,00 dioptries.	470€ dont 150 € maximum pour la monture
1 Verre simple foyer (A) - sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries + cylindre ≤ à +4,00 dioptries + 1 Verre simple foyer (C) - sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.	610 € dont 150 € maximum pour la monture
2 Verres simple foyer (C) - sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries <u>ou</u> dont le cylindre est > à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	750 € dont 150 € maximum pour la monture
1 Verre simple foyer (A) - sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et cylindre ≤ à +4,00 dioptries + 1 Verre multifocal ou progressif (F) sphéro-cylindrique - sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries - <u>ou</u> 1 Verre multifocal ou progressif (F) sphérique - sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.	660 € dont 150 € maximum pour la monture
1 Verre simple foyer (C) - sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries <u>ou</u> dont le cylindre est > à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs + 1 Verre multifocal ou progressif (F) sphéro-cylindrique - sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries - <u>ou</u> 1 Verre multifocal ou progressif (F) sphérique - sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.	800 € dont 150 € maximum pour la monture

AR M  
e 607

<b>2 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (F) - sphère hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries - ou 2 Verres multifocaux ou progressifs sphériques (F) - sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.</b>	<b>850 € dont 150 € maximum pour la monture</b>
<p><sup>(1)</sup>L'Institution prend en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par adulte : un équipement optique (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans à compter du premier achat d'un équipement optique, sauf en cas de modification du défaut visuel où la limitation s'applique annuellement.</li> <li>- Par enfant mineur : un équipement optique (1 monture et 2 verres) par an à compter du premier achat d'un équipement optique.</li> </ul> <p>Cas particulier des Participants qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin : Pour les Participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre alors une prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.</p>	
<p>En tout état de cause, le remboursement de l'Institution ne peut être inférieur aux obligations issues du décret du 8 septembre 2014 relatif à la généralisation de la couverture complémentaire santé (panier de soins minimum) et du décret du 18 novembre 2014 relatif au nouveau cahier des charges du contrat responsable.</p>	

<b>FRAIS D'OPTIQUE</b> Lentilles de contact correctives	
Remboursées par la Sécurité sociale (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)	80 % FR En tout état de cause, le remboursement de l'Institution ne peut être inférieur au ticket modérateur.
Non remboursées par la Sécurité sociale (y compris les lentilles correctives jetables)	400 % BRR par année civile et par bénéficiaire

<b>Chirurgie réfractive</b>
80% FR dans la limite de 10 % PMSS par œil.

<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
Soins et actes dentaires, inlays-onlays, chirurgie dentaire	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	400 % BR en complément des prestations versées par la Sécurité sociale.
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	400 % BRR
Implantologie	Prestation globale égale à 80% des frais réels, limitée à 25 % PMSS, pour la pose d'un implant. Cette prestation inclut le pilier implantaire, l'implant et le scanner et est limitée à la pose de 2 implants par année civile et par bénéficiaire.
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	275 % BR en complément des prestations versées par la Sécurité sociale.
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % BRR

AR  
67  
M  
C

## ONERA

Régime de Frais de Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Ensemble du personnel

FRAIS D'HOSPITALISATION (séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital ou en clinique) Hors établissements ou services psychiatriques	
Frais de séjour	
Etablissement conventionné	100 % FR sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.
Etablissement non conventionné	90 % FR sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et au minimum le TM.
Chambre particulière	2 % PMSS, par jour
Gardes de jour et de nuit remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limite, l'Institution intervient à hauteur du ticket modérateur.
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans et d'un ascendant bénéficiaire	1 % PMSS, par jour
Forfait journalier	100 % FR

MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE	
Frais de séjour	
Etablissement conventionné	100 % FR sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.
Etablissement non conventionné	90 % FR sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et au minimum le TM.
Chambre particulière	2 % PMSS, par jour
Gardes de jour et de nuit remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limite, l'Institution intervient à hauteur du ticket modérateur.
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans et d'un ascendant bénéficiaire	1 % PMSS, par jour
Forfait journalier	100 % FR

CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES PSYCHIATRIQUES	
Frais de séjour	2 % PMSS, par jour dans la limite de 180 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limite, l'Institution intervient à hauteur du ticket modérateur.
Forfait journalier	100 % FR

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX COMME LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS) OU LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES DÉPENDANTES (EHPAD)
Les frais relatifs à ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Institution

## ONERA

Régime de Frais de Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Ensemble du personnel

HONORAIRES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX EN HOSPITALISATION	
<b>Honoraires de médecins et actes techniques</b>	
Médecins conventionnés signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % FR sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.
Médecins conventionnés non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Médecins non conventionnés	200 % BR

MATERNITÉ	
Sont pris en charge sur présentation des justificatifs de dépenses, les frais de :	
Chambre particulière	2 % PMSS, par jour
Dépassements d'honoraires sur les consultations et examens prénatals et postnatals	pris en charge au titre des « Frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques »
Dépassements d'honoraires sur les actes de chirurgie et/ou d'anesthésie liés à l'accouchement	pris en charge au titre des « Honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation »

**Prestations Décès :**

Le Participant est couvert en cas de décès.

Votre service du personnel vous communiquera les modalités d'affiliation, de choix d'option décès et de désignation de bénéficiaires.

Deux options vous sont proposées :

- Capital de base majoré et capital additionnel réservé en cas d'Enfant(s) à charge (option A) ;
- Capital de base et rente éducation (option B).

**Important :**

- L'option A sera appliquée lorsque le Participant n'aura exprimé aucun choix, ou ayant choisi l'option B, s'il n'a plus d'Enfant à charge au jour de son décès.
- Le Participant a la possibilité de changer d'option à tout moment.

La modification prend effet à la date de signature du document sous réserve d'avoir été notifiée avant le décès du Participant, à l'Institution.

GARANTIES DÉCÈS	TAUX EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT DE BASE	
	Tranches A, B et C	
DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	OPTION A	OPTION B
Capital de base égal à :	290 %	240 %
Capital additionnel réservé en cas d'enfant(s) à charge (par enfant à charge) :	50 %	Néant
DOUBLE EFFET		
Capital égal à :	290 %	290 %
RENTE ANNUELLE D'ÉDUCATION	OPTION A	OPTION B
Jusqu'au 11 <sup>ème</sup> anniversaire :	Néant	5 %
Du 11 <sup>ème</sup> anniversaire au 18 <sup>ème</sup> anniversaire :	Néant	10 %
Du 18 <sup>ème</sup> anniversaire au 25 <sup>ème</sup> anniversaire (si poursuite d'études) :	Néant	15 %

AR  
e  
COT  
13

**Prestations arrêt de travail : Incapacité - Invalidité**

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	TAUX EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT DE BASE
	Tranches A, B et C
Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des fractions de traitement payées par l'entreprise ou du montant de l'allocation d'assurance chômage versée par le pôle emploi.	
<b>INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL : INDEMNITÉ QUOTIDIENNE</b>	
A compter du jour où l'employeur cesse de payer au Participant un salaire supérieur ou égal à celui qui résulterait de l'application du présent contrat, en fonction d'une convention collective, d'un accord d'entreprise, d'un contrat de travail individuel, et au plus tôt, à compter du 61 <sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail (cumulés sur une période de 12 mois consécutifs), versement d'une indemnité quotidienne égale à :	75 %
<b>INVALIDITÉ PERMANENTE : RENTE D'INVALIDITÉ</b>	
2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> catégorie :	75 %
1 <sup>ère</sup> catégorie :	75 %

AR  
b  
M 12  
Cof