

COFELY ENDEL
GDF SUEZ

**AVENANT N°20 A L'ACCORD
D'ENTREPRISE**

VOLET COMPLEMENT FRAIS DE SANTE

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Entre :

la société Endel, société par actions simplifiée, au capital de 27 480 000 €, inscrite au RCS de Nanterre, dont le siège social est situé 165, boulevard de Valmy à Colombes (92700)

d'une part,

et :

les organisations syndicales représentatives :

C F D T

C F E - C G C

C G T

F O

d'autre part.

1. PREAMBULE

La Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014 a modifié les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

En application de cette loi, le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe les nouveaux critères du cahier des charges des « contrats responsables ».

Les contrats doivent ainsi respecter un panier minimum ainsi que des plafonds de garanties applicables à certains postes de soins.

Par le présent avenant, les parties signataires ont souhaité modifier certaines prestations du régime des remboursements des frais de santé du personnel de la Société ENDEL, afin de respecter les nouvelles règles du « contrat responsable ».



2. MODIFICATION DE L'ARTICLE 7 « DEFINITION DU REGIME » DE L'ACCORD D'ENTREPRISE ENDEL VOLET COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

Les parties conviennent de modifier, à compter du 1^{er} janvier 2016, les niveaux de remboursement du contrat ENDEL / MACIF - Mutualité objet de l'article 7 « Définition du régime » de l'accord d'entreprise ENDEL volet complément frais de santé, de la façon suivante :

- Prestations « Optique » :
 - Verres simples enfant : 4 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale / verre (une fois par an)
 - Verres complexes et hyper complexes enfant : 8 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale / verre (une fois par an)
 - Monture enfant : 4 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (une fois par an)
 - Lentilles (y compris lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale) : ticket modérateur + 8 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale

Les niveaux de remboursement des autres prestations « Optique » ne sont pas modifiés.

- Prestations « Hospitalisation » :
 - Honoraire des établissements conventionnés adhérents au CAS¹ : 160 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
 - Honoraire des établissements conventionnés non adhérents au CAS : 140 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
 - Frais de séjour des établissements conventionnés : 140 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (limité à 30 jours par an pour les établissements de santé privés pour maladies nerveuses et mentales, au-delà 100 % de la base de remboursement)

Les niveaux de remboursement des autres prestations « Hospitalisation » ne sont pas modifiés.

- Prestations « Médecine ambulatoire courante » :
 - Consultations, visites généralistes adhérents au CAS : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
 - Consultations, visites généralistes non adhérents au CAS : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
 - Consultations, visites spécialistes adhérents au CAS : 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
 - Consultations, visites spécialistes non adhérents au CAS : 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
 - Actes de radiologie réalisés par un praticien adhérent au CAS : 170 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

¹ Contrat d'accès aux soins

- Actes de radiologie réalisés par un praticien non adhérent au CAS : 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Actes de chirurgie et de spécialité réalisés par un praticien adhérent au CAS (hors hospitalisation) : 170 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Actes de chirurgie et de spécialité réalisés par un praticien non adhérent au CAS (hors hospitalisation) : 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Les niveaux de remboursement des autres prestations « Médecine ambulatoire courante » ne sont pas modifiés.

- Prestations « Dentaire » :

- Soins dentaires : 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- Soins prothétiques (Inlay – Onlay) : 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (130 % si l'acte est réalisé par un stomatologue non adhérent au CAS)

Les niveaux de remboursement des autres prestations « Dentaire » ne sont pas modifiés.

- Prestations « Orthèses, Prothèses » :

Prothèses auditives : ticket modérateur + 1000 € (maximum 2 prothèses par année civile et par personne)

Les niveaux de remboursement des autres prestations « Orthèses, Prothèses » ne sont pas modifiés.

- Prestations « Médecine douce (actes dispensés par un professionnel reconnu pour des disciplines non prises en charge par le RO) » :

Ostéopathe – Etiopathe – Acupuncteur – Diététicien – Nutritionniste : maximum 4 consultations (toutes spécialités confondues) prises en charge par an à hauteur de 1,5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par visite.

Le plafond de quatre consultations par an s'applique à toutes les spécialités listées ci-dessus confondues (et non à chacune de ces spécialités).

3. INFORMATION DES SALARIES

MACIF – Mutualité établira une notice d'information actualisée qui définira notamment les garanties prévues par le régime et leurs nouvelles modalités d'application.

Cette actualisation sera envoyée à chaque salarié ou remise à ce dernier lors de son adhésion.

4. ENTREE EN VIGUEUR, DUREE, REVISION

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Il pourra être dénoncé par la Société Endel ou par l'ensemble des organisations syndicales signataires moyennant un préavis légal de trois mois et une information par lettre recommandée avec accusé de réception de chaque signataire ; cette dénonciation entraînerait automatiquement résiliation par la Société Endel du contrat signé entre MACIF-Mutualité et la Société Endel, le présent avenant continuant à produire ses effets jusqu'à la date de prise d'effet de la rupture du contrat.

Pour toutes les dispositions non prévues par le présent avenant, les parties signataires conviennent de se référer aux dispositions légales en vigueur.

Dans le cas où des dispositions légales ultérieures viendraient modifier celles du présent avenant, les parties signataires se réuniraient, après consultation de la commission Frais de santé, pour en assurer l'adaptation.

Toute modification du présent avenant devra être effectuée dans les mêmes conditions que celles de sa mise en place.

5. DEPOT ET PUBLICITE

Le présent avenant sera déposé à l'initiative de la Direction des Ressources Humaines au greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre en un exemplaire.

Deux exemplaires seront transmis à la Direction Régionale des Entreprises, de la concurrence, de la consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique. Chaque organisation syndicale signataire recevra un exemplaire original du présent avenant.

Une information complète et rapide sera assurée par la Direction au travers des publications internes du Groupe, de réunions d'information ou de tout autre moyen qui sera approprié.

Fait à Colombes, en 7 exemplaires, le 2 décembre 2015

Pour la Direction

Myriam Galluzzo

Thierry Le Mouroux

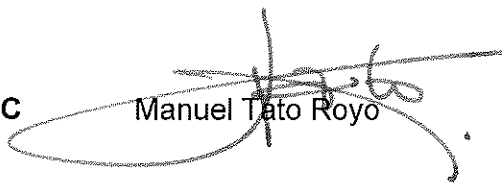
Pour les Organisations Syndicales

CFDT



Joseph Gamer

CFE - CGC



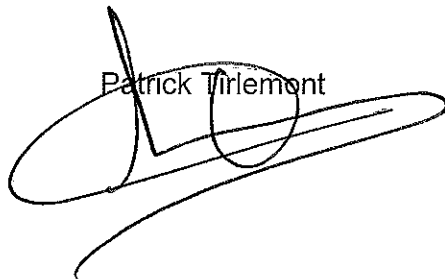
Manuel Tato Royo

CGT

Yves Sampietro



FO



Patrick Tirlemont