

Avenant à l'accord du 9 octobre 2017 instituant un régime complémentaire de
remboursement « frais de sante » pour les fonctionnaires et agents contractuels de
droit public de Orange SA

ENTRE LES SOUSSIGNES

- La société Orange SA, dont le siège social est situé 78 à 84 rue Olivier de Serres 75505 Paris cedex 15, représentée par Madame Valérie Le Boulanger, agissant en sa qualité de Directrice des Ressources Humaines Groupe

d'une part,

- Les organisations syndicales représentatives :
 - Le syndicat CFDT-F3C représenté par **Madame Marie Hélène JUILLARD**, dûment mandaté-e à cet effet,
 - Le syndicat CFE-CGC ORANGE représenté par
, dûment mandaté-e à cet effet,
 - Le syndicat CGT-FAPT représenté par
dûment mandaté-e à cet effet,
 - Le syndicat FO-COM représenté par **Madame Martine GILLOT**, dûment mandaté-e à cet effet,
 - Le syndicat SUD-PTT représenté par **Monsieur Ali OUESLATI**, dûment mandaté-e à cet effet,

d'autre part,

Ci-après, les Parties.

PREAMBULE

Un accord, (ci-après « l'Accord »), concernant la mise en place, à compter au 1^{er} janvier 2018, d'un régime complémentaire de frais de santé au bénéfice des fonctionnaires et agents contractuels de droit public de Orange SA a été conclu avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives le 9 octobre 2017.

L'environnement juridique des régimes de remboursement de frais médicaux a de nouveau évolué. Ainsi, l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100 % Santé »). Le nouveau cahier des charges des contrats responsables issu du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, pris en application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, doit s'appliquer progressivement aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 afin de conserver le bénéfice du traitement fiscal et social favorable du financement (taux réduit de taxe solidarité additionnelle - anciennement taxe spéciale sur les conventions d'assurance, déductibilité fiscale du financement salarial et exonération de charges sociales du financement patronal – nonobstant le forfait social).

Compte tenu de l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions au 1^{er} janvier 2020, interprétées à la lumière de l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale du 29 mai 2019, une révision du dispositif de remboursement de frais médicaux est nécessaire.

La commission de suivi mentionnée à l'article 9.02 de l'accord du 9 octobre 2017, a été informée sur l'évolution de cet environnement juridique et des mesures qu'elle implique, au cours des réunions des 12 mars 2019 et 4 décembre 2019. Une séance d'information sur le dispositif du 100% Santé et ses conséquences sur les garanties s'est également tenue le 28 juin 2019.

Ainsi, il est apparu que la mise en conformité des garanties de remboursement de frais médicaux qui figurent à l'Accord avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables s'avère nécessaire. Il est expressément acté que les modifications apportées aux garanties définies par l'Accord par le présent avenant sont opérées dans le seul but de se conformer à ce nouveau cahier des charges, afin de conserver le bénéfice des aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables suite aux modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2016-21 du 11 janvier 2019 (réforme dite du « 100 % Santé »).

Les Parties ont par conséquent décidé de modifier l'Accord dans les conditions suivantes :

Article 1. Modification de l'annexe 1 de l'Accord

Les garanties figurant en annexe 1 au présent avenant, mises en conformité avec le nouveau cahier des charges des « contrats responsables », remplacent à compter du 1^{er} janvier 2020 les garanties de remboursement de frais médicaux décrites à l'annexe 1 de l'Accord.

Ces nouvelles garanties seront, si nécessaire, adaptées afin de respecter les règles qui seraient édictées par les textes définissant le contenu du cahier des charges des contrats « responsables ». Les exclusions ou obligations de prise en charge prévues par ces textes seront applicables de plein droit au régime de remboursement de frais médicaux du Groupe Orange.

Ces ajustements interviendront lors de l'entrée en vigueur du (ou des) texte(s) susvisé(s).

Dans l'hypothèse visée aux précédents alinéas, les parties conviennent de se concerter si nécessaire, à l'initiative de la plus diligente d'entre elles.

Article 2. Durée, dépôt, publicité

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

Il emporte révision des stipulations de l'Accord dans les conditions prévues ci-dessus. Les autres termes de l'Accord restent inchangés.

Il pourra, à tout moment, être modifié en respectant la procédure prévue par les articles L. 2261-7-1 et L. 2261-8, ou dénoncé selon celle issue des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, le présent avenant est déposé auprès du secrétariat-greffe du Conseil des Prud'hommes de Paris en un exemplaire. Deux exemplaires dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique sont transmis à la DIRECCTE d'Ile de France (Unité territoriale de Paris). Le présent avenant, et les pièces accompagnant le dépôt prévues aux articles D. 2231-6 et D. 2231-7 du code du travail, sont déposés sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail.

En outre, un exemplaire est établi pour chaque partie.

Conformément à l'article L. 2231-5-1 du code du travail, cet accord est publié en ligne dans un standard ouvert aisément réutilisable. La version déposée ne comporte pas les noms et prénoms des personnes signataires.

Fait le 22 juin 2020

Pour Orange SA, Madame Valérie Le Boulanger, Directrice des Ressources Humaines Groupe

Pour les organisations syndicales :

- Le syndicat CFDT-F3C représenté par **Madame Marie Hélène JUILLARD**, dûment mandaté-e à cet effet,

- Le syndicat CFE-CGC ORANGE représenté par
, dûment mandaté-e à cet effet,

- Le syndicat CGT-FAPT représenté par
, dûment mandaté-e à cet effet,

- Le syndicat FO-COM représenté par **Madame Martine GILLOT**, dûment mandaté-e à cet effet,

- Le syndicat SUD-PTT représenté par **Monsieur Ali OUESLATI**, dûment mandaté-e à cet effet,

La signature numérique emporte le consentement de chaque signataire sur l'ensemble du document. Elle rend inutile le paraphe de chaque feuille. La date de signature du document figure sur la signature numérique.

Pour être valable, un document doit être signé numériquement par tous les signataires.

Si ce document venait à être signé de façon manuscrite, la version numérique serait caduque et non opposable.

Le document papier devra alors être paraphé, daté et signé, et préciser le nombre d'exemplaires originaux.

Annexe 1 Garanties frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2020 (nouvelle annexe 1 de l'Accord)

Garanties frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2020		
GARANTIES	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
FRAIS D'HOSPITALISATION ⁽¹⁾		
	Hôpital conventionné ou non conventionné	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins adhérents au DPTAM / DPTAM CO (*) 100% des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	Médecins NON adhérents au DPTAM / DPTAM CO (*) 100% du ticket modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 125 % MR
Frais de séjour	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Forfait hospitalier et franchise pour actes techniques	100 % des frais réels	
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)	
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour ⁽²⁾	
FRAIS DE MALADIE		
Dans le respect du parcours de soins ⁽³⁾ ou pour les enfants de moins de 16 ans - les franchises médicales ⁽⁴⁾ et la participation forfaitaire ⁽⁵⁾ ne sont pas remboursées		
	Médecins adhérents au DPTAM / DPTAM CO (*)	Médecins NON adhérents au DPTAM / DPTAM CO (*)
Consultation médecin généraliste	100% des frais réels dans la limite de 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Consultation médecin spécialiste, professeur	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	100 % des frais réels dans la limite de 185,71 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Analyses et actes effectués par les auxiliaires médicaux	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
AIDES AUDITIVES		
dans la limite d'une aide auditive par oreille, tous les 4 ans :		
Prothèses auditives en 2020	100 % des frais réels dans la limite de 540 % du montant remboursé par la Sécurité sociale	
Piles, accessoires et gestion administrative en 2020	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)	
Appareils auditifs de Classe I (100% Santé) à compter du 1er janvier 2021	100 % du Prix Limite de Vente (PLV), y compris le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Piles, accessoires et gestion administrative de Classe I (100% Santé) à compter du 1er janvier 2021	100 % du Prix Limite de Vente (PLV), y compris le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Appareils auditifs de Classe II (Equipements à tarif libre) à compter du 1er janvier 2021	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR), plafonné à 1 700 € par appareil, y compris MR	
Piles, accessoires et gestion administrative à compter du 1er janvier 2021	100% des frais réels dans la limite de 540% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)	
AUTRES DEPENSES DE SANTE		
Autres prothèses médicales, orthopédie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Ostéodensitométrie	100% des frais réels dans la limite de 31 € par an	
Pharmacie	100% des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ⁽⁴⁾	
Ostéopathie-chiropractie-psychologue-diététicien- sophrologues	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
Frais de cure thermale acceptés par la Sécurité sociale	1 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ , par jour, dans la limite de 21 jours	
FRAIS DENTAIRES		
Soins et prothèses dentaires 100% Santé	100% des frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF), y compris le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Soins dentaires à Tarif Maîtrisé ⁽¹⁹⁾ et Libre	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)	
Inlay Onlay remboursé par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 300 % du du montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR)	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, y compris inlays core, couronne sur implant et prothèses dentaires provisoires	100% des frais réels dans la limite de : Dents de devant : 500% du montant remboursé par la Sécurité Sociale dans la limite des frais réels Dents du fond : 400% du montant remboursé par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 350 % du montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la Sécurité sociale	80 % des frais réels dans la limite de : - dents de devant : 391 € - dents du fond : 310 € - orthodontie : 580 € par semestre	
Implants dentaires	100% des frais réels dans la limite de 28% du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ par an	

Garanties frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2020 (suite)

GARANTIES	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme
OPTIQUE	
Montures de Classe A ("100% Santé") ⁽⁸⁾	100 % du Prix Limite de Vente (PLV), y compris le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Montures de Classe B ("panier libre") ⁽⁸⁾	100% des frais réels (moins MR) dans la limite de 100 € si l'achat est effectué dans le réseau ⁽⁷⁾ 95% des frais réels (moins MR) dans la limite de 100 € si l'achat est effectué hors réseau ⁽⁷⁾
Paire de verres et suppléments optiques de Classe A ("100% Santé") remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾	100 % des frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente, y compris le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Paire de verres (y compris suppléments optiques) de Classe B ("panier libre") remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾	100% des frais réels, y compris le remboursement par la Sécurité sociale dans la limite de ⁽⁷⁾ : - 20 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ pour les verres hypercomplexes - 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ pour les verres complexes - 8 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ pour les verres simples
Suppléments optiques de Classe B remboursés par la Sécurité sociale	100% de la base de remboursement, y compris le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables	100 % des frais réels dans la limite de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ par personne et par an
Suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)
Chirurgie réfractive	100% des frais réels dans la limite de 24% du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ par œil
FRAIS DE NAISSANCE/ADOPTION	
Forfait par naissance (y compris l'hospitalisation)	40% du plafond mensuel de la Sécurité sociale ⁽²⁾ par enfant ⁽⁹⁾ à l'exclusion de tout autre remboursement
IMPORTANT : Le régime de remboursement de frais de santé est géré dans le cadre d'un "contrat responsable" et prévoit donc :	
- le non remboursement de la participation forfaitaire pour les actes et consultations des médecins et actes de biologie médicale, pour les franchises médicales sur la pharmacie, le transport et les actes effectués par les auxiliaires médicaux ;	
- <u>hors Parcours de soins</u> , l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration du ticket modérateur ou du dépassement d'honoraires en cas de non passage par le médecin traitant ou de refus d'accès au dossier médical ;	
- la garantie plancher du Panier 100% Santé soit 100% du Prix Limite de Vente (PLV) ou des Honoraires Limites de Facturation (HLF) y compris le montant remboursé par la Sécurité Sociale (MR) pour les actes éligibles au Panier 100% Santé, à compter du 1er janvier 2020 ou du 1er janvier 2021 selon les actes de prothèses dentaires concernés et à compter du 1er janvier 2021 pour les prothèses auditives de classe I ⁽¹⁰⁾ ;	
- une différence d'au moins 20% de la BR entre les remboursements d'honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM / DPTAM-CO et les médecins NON adhérents. Dans tous les cas, la prise en charge des dépassements d'honoraires est limitée à de 100% de la BR.	
(1) Sont exclus les frais de chirurgie esthétique (sauf TM)	
(2) Valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins. PMSS 2020 : 3.824 €.	
(3) Hors parcours de soins, la prise en charge est limitée à 80% des frais réels, plafonnée à 100% du MR pour les généralistes, à 150% du MR pour les spécialistes et à 200% du MR pour les actes techniques effectués par les médecins.	
(4) Les franchises médicales fixées depuis 2008 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux	
(5) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie	
(6) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature Sécurité sociale (CCAM)	
(7) Sous réserve que les garanties exprimées en % du PMSS ne dépassent pas les plafonds fixés dans le cadre des contrats responsables, soit 420 € (1 monture + 2 verres simples), 700 € (1 monture + 2 verres complexes) ou 700 € (1 monture + 2 verres hypercomplexes), 560 € (1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe), 610 € (1 monture + 1 verre simple + 1 verre hyper complexe), 750 € (1 monture + 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe) En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture pris en charge par la Sécurité sociale et par le régime complémentaire ne pourra excéder 100€.	
(8) Les conditions de renouvellement sont définies réglementairement (un équipement tous les 2 ans pour les adultes de 16 ans et plus, hors situations particulières) 2 paires de lunettes tous les 2 ans en cas de besoin de double équipement (ex correction de la myopie et de la presbytie)	
(9) Il n'est versé qu'un seul forfait par naissance	
(10) Les prix limite de vente - PLV - et Honoraires Limite de Facturation sont définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables, remboursement Sécurité social inclus.	
* DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / DPTAM-CO : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique	