

**Accord collectif instituant un système de garanties
collectives complémentaire obligatoire frais de santé**

ENTRE LES SOUSSIGNES

La Société Groupe FNAC, dont le siège social est situé au 9, rue des Bateaux Lavois, ZAC Port d'Ivry, 94200 Ivry-sur-Seine, et enregistrée au R.C.S. de Créteil sous le numéro 055 800 296, représentée par **Monsieur Alexandre BOMPARD**, en sa qualité de Président – Directeur Général, et les sociétés dont la Société Groupe FNAC détient directement ou indirectement plus de 50 pour cent du capital qui figurent, au jour de la conclusion du présent avenant, sur la liste visée à l'Annexe 1 « Périmètre »,

Composant le Groupe à l'effet des présentes, représenté par **Monsieur Philippe CANONNE**, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines du Groupe FNAC, dûment mandaté à cet effet,

Dénommé ci-après « le Groupe FNAC »,

D'une part,

ET

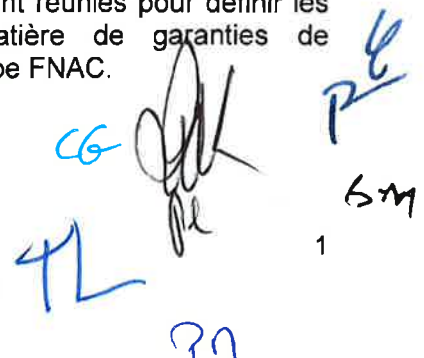
Les Organisations Syndicales Représentatives de salariés signataires :

- Le syndicat CFDT, représenté par Madame Pascale MOREL, dûment mandatée ;
- Le syndicat CFE-CGC, représenté par Monsieur Maurice SANCHEZ-MORENO, dûment mandaté ;
- Le syndicat CFTC, représenté par Monsieur Bruno MARC, dûment mandaté ;
- Le syndicat CGT, représenté par Monsieur Philippe COUTANCEAU, dûment mandaté ;
- Le syndicat CGT-FO, représenté par Monsieur Thierry LIZE, dûment mandaté ;
- Le syndicat SUDFNAC, représenté par Madame Catherine GAIGNE, dûment mandatée ;

D'autre part,

Ci-après dénommées « les parties ».

Les organisations syndicales représentatives et la direction se sont réunies pour définir les modalités d'une protection sociale complémentaire en matière de garanties de remboursement de frais de santé au sein des entreprises du Groupe FNAC.



Préambule :

La protection sociale complémentaire constitue un élément important de la politique sociale du groupe Fnac en France.

En l'état du désengagement croissant du régime obligatoire de la Sécurité sociale, des changements dans l'organisation du système de frais de santé, des politiques nouvelles de remboursements, la Fnac a considéré qu'il était opportun d'instaurer des garanties de protection sociale complémentaire obligatoire couvrant, de manière satisfaisante, les principaux actes médicaux.

A cet effet, un accord collectif a été signé au sein du Groupe FNAC le 23 juillet 2008, puis modifié par avenant n°1 du 10 janvier 2012.

Eu égard à la nécessité d'améliorer les résultats techniques du régime déficitaire depuis plusieurs années, la Direction du Groupe FNAC a invité les organisations syndicales représentatives de salariés à se réunir aux fins d'élaborer un nouveau dispositif de remboursement de frais médicaux, permettant la sauvegarde de l'équilibre financier du régime tout en maintenant un niveau élevé de garanties pour les salariés.

Le présent accord vise ainsi à instaurer et présenter les modalités et conditions d'application des nouvelles garanties collectives complémentaires obligatoires de frais de santé.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L 911-1 du Code de la sécurité sociale, après information et consultation des Comités centraux d'entreprise ou des Comités d'entreprise des sociétés entrant dans le périmètre du présent accord.

1. Objet

L'objet du présent accord est d'instituer un système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé, permettant aux salariés de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

A cet effet, l'entreprise a souscrit un contrat d'assurance auprès d'un organisme habilité, auquel l'adhésion des salariés est obligatoire et s'impose dans les relations individuelles de travail.

Les dispositions du présent accord se substituent à celles résultant d'accords collectifs conclus au sein du Groupe, d'accords référendaires, de décisions unilatérales de l'employeur, d'usages ou de pratiques sociales de même nature, antérieurement en vigueur au sein du groupe FNAC. Il se substitue en particulier à l'accord collectif de Groupe du 23 juillet 2008, modifié par avenant n°1 du 10 janvier 2012.

2. Champ d'application

2.1 Périmètre

CG
TL
PC
PN
2



Le présent accord concerne la Société *Groupe FNAC*, ainsi que l'ensemble de ses filiales françaises détenues directement ou indirectement à plus de 50 pour cent par cette dernière à la date de la signature du présent accord.

Les sociétés visées dans le périmètre de l'accord à la date de signature du présent accord sont mentionnées en Annexe 1.

2.2 Admission ou sortie d'une société dans le champ d'application de l'accord

Admission - Toute société dont le capital viendrait à être détenu directement ou indirectement à concurrence d'au moins 50 pour cent par la Société *Groupe FNAC*, sera admise de plein droit dans le périmètre du présent accord.

Sortie - Le présent accord sera automatiquement remis en cause pour une société signataire ou adhérente, dès lors qu'elle n'entrera plus dans le périmètre du groupe tel que défini ci-dessus.

Dans une telle hypothèse, cette mise en cause sera effectuée conformément aux dispositions de l'article L.2261-14 du Code du travail. L'entreprise devra par conséquent engager des négociations avec ses organisations syndicales aux fins, le cas échéant, de convenir des nouvelles modalités de couverture de ses salariés.

Si l'un de ces deux événements intervient, la Direction en informera les autres signataires dans un délai de un mois suivant l'intervention de cet événement.

3. Bénéficiaires

3.1 Salariés bénéficiaires du régime

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés des entreprises du Groupe Fnac entrant dans le champ d'application du présent accord.

En cas de suspension de contrat de travail indemnisée, l'adhésion des salariés est maintenue quelle que soit la cause de la suspension du contrat de travail, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Dans une telle hypothèse, l'employeur verse sa contribution pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, le bénéfice du régime est suspendu de plein droit, sauf à ce que le salarié demande le maintien en acceptant de supporter la charge entière de la garantie, selon des modalités, notamment concernant le règlement des cotisations, mises en œuvre par l'organisme gestionnaire.

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, le bénéfice du régime est maintenu par l'organisme assureur au bénéfice des anciens salariés bénéficiaires d'une

CG TL SM [Signature] PE 3 ?

pension de retraite, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou des anciens salariés privés d'emploi percevant des revenus de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties, au titre de la portabilité.

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, modifié par un avenant n°3 du 18 mai 2009, a institué un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance (« frais de santé » et « incapacité-invalidité-décès ») dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

L'article 1^{er} de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (n°2013-504) a inscrit ce dispositif au sein de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, et en a modifié certaines conditions. Le dispositif légal entre en vigueur, s'agissant des régimes complémentaires de remboursement de frais de santé, à compter du 1^{er} juin 2014.

Ainsi, le droit à portabilité est subordonné, jusqu'au 31 mai 2014, au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de l'ANI de 2008 modifié, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par les dispositions interprofessionnelles.

A compter du 1^{er} juin 2014, ce droit sera subordonné au respect des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

En outre, les parties au présent accord ont convenu que ce maintien de garanties serait financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Les parties conviennent expressément que dans l'hypothèse où la mutualisation entraînerait une augmentation du coût du dispositif, l'impact de cette dérive pourra être reporté automatiquement sur les cotisations en vigueur (selon la répartition part salariale / part patronale en vigueur), sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant au présent accord.

Toutefois, si l'augmentation de la masse des cotisations devait excéder 10% par année civile, les parties se réuniront pour entériner par voie d'avenant au présent accord, l'augmentation des cotisations.

En tout état de cause, si l'ancien salarié bénéficie également d'un maintien du régime « incapacité-invalidité-décès » applicable au sein de l'entreprise au titre de la portabilité, le maintien des garanties « frais de santé » prévu ci-dessus est subordonné au règlement des cotisations afférentes audit régime de prévoyance.

Ainsi, en cas de défaut de paiement des cotisations de l'un ou l'autre des deux régimes, l'ancien salarié perdra le bénéfice de l'ensemble des garanties.

SM

TL

CG

PK
FL

4

79

3.2 Les bénéficiaires complémentaires

Outre l'assuré (soit le salarié), sont affiliés au régime en tant que bénéficiaires le conjoint à charge et les enfants à charge célibataires tels qu'ils sont définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

4. Caractère obligatoire de l'adhésion au régime

Les parties au présent contrat conviennent expressément que l'adhésion au régime est obligatoire pour l'ensemble des salariés des entreprises du Groupe entrant dans le champ d'application de l'accord.

Le caractère obligatoire de cette adhésion résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans le groupe Fnac. Le principe de l'adhésion obligatoire au régime complémentaire de remboursement de frais de santé s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés, qui adhèrent en propre au régime, ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

5. Financement

5.1 Taux, répartition, assiette des cotisations du régime

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » sont calculées dans la limite des tranches A, B et C, déterminées de la façon suivante :

TA = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond de la Sécurité sociale ;

TB = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale ;

TC = Salaire compris entre 4 fois et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Le financement du système de garanties collectives est assuré par des cotisations exprimées en pourcentage du PMSS et en pourcentage des salaires bruts déclarés par l'entreprise aux administrations fiscales et sociales.

- Cotisations exprimées en % du PMSS

Les cotisations calculées en pourcentage du PMSS sont prises en charge par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes :

- l'employeur : participation à hauteur de 65% ;
- salariés : participation à hauteur de 35%.

A compter du 1^{er} avril 2014, le taux de cotisation est fixé à 1,10% du PMSS, sauf pour l'Alsace-Moselle où, par exception, ce taux est fixé à 1,00% du PMSS.

DM
CG
PE
TZ
PE
5
PN
OR

- Cotisations exprimées en % du salaire brut (tranches A, B et C)

Les cotisations calculées en pourcentage du salaire brut sont prises en charge par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes :

- l'employeur : participation à hauteur de 60% ;
- salariés : participation à hauteur de 40%.

A compter du 1^{er} avril 2014, le taux de cotisation est fixé à 1,60% du salaire brut (tranches A, B et C), sauf pour l'Alsace-Moselle où, par exception, ce taux est fixé à 1,30% du salaire brut.

La cotisation ainsi fixée ouvre droit au bénéfice de la couverture au profit du salarié, ainsi que de ses ayants droit tels que définis au contrat d'assurance et rappelés dans la plaquette d'information éditée par l'intermédiaire d'assurance.

5.2 Evolution ultérieure de la cotisation au régime

Il est expressément convenu que l'obligation des entreprises du groupe Fnac, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations rappelées en Annexes 3 pour leurs montants et taux arrêtés à cette date.

Les évolutions ultérieures de la cotisation au régime se feront conformément aux règles suivantes, qui répondent à 3 situations distinctes.

Les deux premiers points décrivent les règles afférentes à une évolution automatique de la cotisation, le troisième renvoi à la gestion négociée de cette évolution :

- a. Déficit des comptes du régime** : Dès lors que les comptes du régime sont déficitaires, les parties conviennent qu'il sera fait une application automatique des indices « CMT »^[1] sur les cotisations (*Consommation Médicale Totale qui est composée de deux éléments : la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et la consommation de services de médecine préventive, qui ne se rapportent qu'à des interventions individualisées.*)
- b. Introduction ou augmentation de taxe ou contribution** : Les parties conviennent que toute introduction ou augmentation de taxe ou contribution s'imposant à l'organisme assureur et impactant le régime Frais de Santé et consécutive à une évolution législative ou réglementaire pourra être reportée automatiquement sur les cotisations en vigueur (selon la répartition part salariale / part patronale en vigueur), sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant au présent accord, après information de la Commission Santé Prévoyance.

En tout état de cause, il est convenu entre les parties que ces ajustements ne constituent pas une modification des dispositions du présent accord dès lors que l'augmentation du taux global de cotisation n'excède pas 10% par année civile. Au-delà de cette fourchette de variation de 10% annuels, les parties se réuniront pour entériner par voie d'avenant au présent accord, l'augmentation des cotisations.

^[1] Indices « CMT » appliqués par l'Assurance Maladie.

Handwritten notes and signatures in blue ink: "b m", "CG", "PE", "TL", "PC", "6", "37", and a large signature.

Enfin, il est précisé que les augmentations automatiques prévues par les a. et b. du présent article porteront sur l'intégralité de la cotisation (cotisation sur salaire et cotisation sur PMSS).

c. Autres cas d'évolution de cotisation : Si la cotisation au régime devait évoluer pour tout autre fondement que ceux exposés en a. et b., cette évolution fera l'objet d'une négociation selon la procédure suivante :

- une réunion d'information et d'analyse de l'état des consommations avec la "Commission Santé Prévoyance FNAC" mentionnée à l'article 7 du présent accord, sera tenue chaque année à la fin du mois de septembre ou au plus tard, la première semaine d'octobre. La Commission étudiera la situation financière des opérations collectives d'assurance afin d'apprécier les éventuelles raisons conduisant l'organisme assureur à demander une augmentation de cotisations pour l'exercice ultérieur.
- Sur la base des conclusions de ladite Commission, une négociation sera immédiatement ouverte avec les organisations syndicales, de telle sorte que les parties disposent du délai suffisant pour parvenir, avant la fin de l'année civile en cours, à un accord sur la répartition des cotisations.
- A défaut d'accord au terme de ce délai, les prestations seront réduites proportionnellement par l'organisme assureur, de telle sorte que le budget de cotisations précisées en Annexes 3 suffise au financement du système de garantie.

Dans cette dernière hypothèse, les réductions de prestations feront l'objet d'une information écrite des Organisations Syndicales signataires du présent accord et de la Commission Santé Prévoyance Fnac, auxquels seront notamment exposées et précisées les règles de « proportionnalité » appliquées auxdites réductions.

6. Garanties

Les prestations, qui sont indiquées en Annexe 2 au présent accord, à titre informatif, applicables à compter du 1^{er} avril 2014, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour les sociétés du groupe Fnac, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1 et L.242-1, alinéas 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83 1^o quater et 1001, 2^o bis du Code général des impôts, et des décrets et arrêtés pris en application de ces dispositions.

SM
CG
TL
PE
7
PN
AR

Il est convenu entre les parties au présent accord que toutes modifications apportées aux prestations décrites en annexe font l'objet :

- D'une part, d'un avis de la Commission Santé Prévoyance Fnac, et d'une information des Organisations Syndicales signataires du présent accord,
- Et d'autre part, de la mise à jour des annexes actant de ces modifications.

Attachée à la gestion paritaire des régimes Frais de santé et Prévoyance et respectueuse du dialogue social, la Fnac s'engage à intégrer la position exprimée par les Organisations syndicales signataires et la Commission Santé Prévoyance Fnac dans ses échanges et négociations avec l'assureur.

7. « Commission Santé Prévoyance FNAC »

Le présent Accord instaure une « Commission Santé Prévoyance » en vue de suivre les modalités de suivi de l'accord.

Cette Commission trouvera une application commune pour les deux accords :

- *Frais de santé ;*
- *Prévoyance.*

Afin de s'inscrire dans la continuité du travail réalisé paritairement au sein de l'ancienne Commission Santé Prévoyance, le présent accord maintient la composition :

- Un ou deux représentants élus désignés par chaque instance représentative centrale ou unique de chaque société du périmètre tel que défini au présent accord, à savoir :
 - 1 représentant par Société du périmètre Groupe Fnac tel que précisé à l'article 1.1 du présent accord et de plus de 10 salariés au 31/12 de l'année précédente;
 - 2 représentants pour chaque société du Groupe de plus de 500 salariés inscrits (CDI/CDD au 31/12 de l'année précédente).

Auxquels s'ajoutent :

- Un représentant par Organisation Syndicale signataire et représentative au niveau du Groupe Fnac, tel que défini au présent accord à l'annexe 1.

Indépendamment de la réunion d'analyse des consommations de frais de santé se tenant fin septembre-début octobre de chaque année civile, mentionnée à l'article 5.2 du présent accord, une réunion se tiendra avant le 30 juin de chaque année civile afin, notamment, d'examiner les comptes de résultats frais de santé et prévoyance de l'année écoulée afin d'assurer un suivi régulier des comptes et d'agir préventivement.

D'une manière générale, la Commission aura vocation à analyser et étudier l'ensemble des éléments, tant qualitatifs que quantitatifs, inhérents à l'offre de garanties complémentaires en matière de remboursement des frais de santé et de prévoyance « incapacité, invalidité, décès » institué par le présent accord.

La Commission pourra émettre des recommandations et présenter toute proposition utile à l'évolution et à la pérennité des régimes complémentaires, que les Partenaires Sociaux et/ou

BM

CG

PL
8
[Signature]

TL

PL

PL



la Direction pourront librement retenir dans le cadre de leurs réflexions et négociations. Tous les trois ans, elle examinera plus particulièrement les garanties complémentaires.

Ses recommandations et propositions seront prises à la majorité de ses membres présents.

En cas de résultats excédentaires de chaque régime au cours de 3 exercices consécutifs (ratio sinistres sur primes inférieur ou égal à 90%), la Commission pourra demander à la Direction de discuter de l'application des éventuelles augmentations automatiques prévues pour le prochain exercice avec les Organisations Syndicales Représentatives Signataires.

A cet effet, elle pourra entendre en tant que de besoin l'organisme assureur ; par ailleurs, une fois par an, elle pourra se faire assister par un expert de son choix à la demande de la majorité de ses membres présents, nommé par elle et rémunéré par la Fnac. Cet expert aura pour vocation d'éclairer la Commission dans ses travaux.

Il est expressément convenu entre les parties au présent accord que le rôle dudit expert verra sa mission limitée à des prestations d'audit des comptes et d'analyse sur l'équilibre des deux régimes complémentaires institués par le présent accord.

8. Entrée en vigueur, Durée, Révision, Dénonciation

Les dispositions du présent accord se substituent à celles résultant d'accords collectifs conclus au sein du Groupe, d'accords référendaires, de décisions unilatérales de l'employeur, d'usages ou de pratiques sociales de même nature, antérieurement en vigueur au sein du groupe FNAC. Il se substitue en particulier à l'accord collectif de Groupe du 23 juillet 2008, modifié par avenant n°1 du 10 janvier 2012.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} avril 2014.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu aux articles L.2261-7 et L.2261-8 du Code du travail.

Il pourra également être dénoncé à tout moment, soit par la direction de l'entreprise, soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives de salariés signataires. La dénonciation sera régie par les articles L.2261-9 et suivants du Code du travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

9. Information des salariés

En leur qualité de souscripteur, toutes les sociétés du groupe Fnac remettront à chaque salarié et à tout nouvel embauché, un « livret de garanties », détaillant les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés des sociétés du Groupe Fnac seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

10. Information collective

Conformément à l'article R.2323-1 du Code du travail, les comités d'entreprise ou comités centraux d'entreprise des sociétés constituant le Groupe Fnac seront informés et consultés

6M CG P. 4
TZ PC. 9
P. 7

préalablement à toute mise en œuvre de modification des garanties complémentaires de remboursement de frais de Santé proposée par la Commission Santé Prévoyance FNAC.

En outre, chaque année, les comités d'entreprise ou comités centraux d'entreprise des sociétés constituant le Groupe Fnac pourront solliciter de la société FNAC S.A. la communication du rapport annuel de l'organisme assureur sur les comptes du contrat d'assurance, en application des articles L.2323-49 et L.2323-60 du Code du travail.

Dans le but de responsabiliser le personnel sur la consommation médicale, le groupe Fnac publiera annuellement une note de synthèse sur le régime, afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport sinistres/primes et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre financier du système.

11. Dépôt et Publicité

En vertu des articles L 2231-6, L 2231-7 et D 2231-2 et suivants du Code du travail, le présent accord fait l'objet d'un dépôt en deux exemplaires à la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Un exemplaire du présent accord sera par ailleurs déposé au greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion.

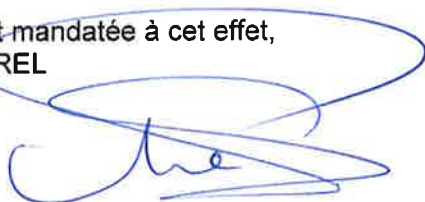
En outre, chaque partie signataire se voit remettre un exemplaire de l'accord.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non-signataires de celui-ci.

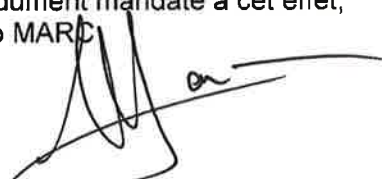
Fait à Ivry sur Seine, le 14 février 2014, en 9 exemplaires dont 2 pour les formalités de dépôt.

Pour les Organisations Syndicales :

Pour la CFDT, dûment mandatée à cet effet,
Madame Pascale MOREL



Pour la CFTC, dûment mandaté à cet effet,
Monsieur Bruno MARC



Pour la CGT, dûment mandaté à cet effet,
Monsieur Philippe COUTANCEAU



Pour la CGT-FO, dûment mandaté à cet effet,
Monsieur Thierry LIZE

Pour SUD FNAC, dûment mandatée à cet effet,
Madame Catherine GAIGNE

Pour la CFE-CGC, dûment mandaté à cet effet,
Monsieur SANCHEZ-MORENO

Pour le Groupe Fnac, en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines du Groupe
FNAC
Monsieur Philippe CANONNE

TZ

Sm

Pl

11

Pn

ANNEXE 1 : PERIMETRE

Liste des sociétés figurant au périmètre de l'Accord du 14 février 2014

- GROUPE FNAC ;
- FNAC SA ;
- FNAC PARIS ;
- FNAC CODIREP ;
- FNAC PERIPHERIE ;
- FNAC RELAIS ;
- FNAC DIRECT ;
- FNAC LOGISTIQUE ;
- FNAC TOURISME ;
- FRANCE BILLET ;
- ALIZEE SFL ;
- MSS ;
- ATTITUDE ;
- KYRO CONCEPT.

PL

TZ

Bm

PL

CG
12
[Signature]

PN



ANNEXE 2 : PRESTATIONS ET GARANTIES FRAIS DE SANTE

- Guide pratique Frais de Santé Fnac -

TL
SM
PN
AL
13
PE
CG

Guide pratique de vos garanties Frais de Santé



Document non contractuel - Seule la notice émise par l'Assureur Quatrem fait foi.

Handwritten notes: BM CG TL PN PC- p6



SOMMAIRE

1	Les bénéficiaires.....	p.1
2	Vos garanties Frais de Santé.....	p.2
3	Vos garanties optiques	p.4
4	Vos garanties dentaires	p.6
5	Le réseau Santéclair	p.8
6	Les renseignements pratiques.....	p.12
7	Les contacts utiles.....	p.13



■ Les bénéficiaires de votre contrat Frais de Santé

Outre l'assuré, sont affiliés automatiquement, sans surcoût de cotisations, au régime, en tant que bénéficiaires :

- **le conjoint, à défaut le concubin, à défaut le partenaire de PACS, à votre charge sociale, inscrit sur votre attestation CPAM, ne bénéficiant pas de son propre numéro de Sécurité sociale ;**
- **les enfants à charge célibataires :**
 - bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle du conjoint,
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26^{ème} anniversaire,
 - âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, d'emploi solidarité, d'adaptation, d'orientation, d'un contrat de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont inscrits à Pôle Emploi en tant que Primo demandeur d'emploi et à la condition que ces enfants soient sans ressources propres provenant d'une activité salariée (sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études),
 - handicapés avant leur 26^{ème} anniversaire, à la charge fiscale de l'assuré au sens de l'article 196 du code général des impôts et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 241.3 du code de l'action sociale et de la famille.

Liste non exhaustive, consulter la notice d'information de l'assureur.

- **En acquittant une cotisation supplémentaire :**

Le conjoint (à défaut le concubin, à défaut le partenaire de PACS), non à votre charge sociale, ayant son propre numéro de sécurité sociale et sa propre attestation CPAM, peut bénéficier des garanties du contrat, en acquittant une cotisation supplémentaire, prélevée directement sur le compte bancaire par Aon Hewitt.

Il suffit de remplir et d'adresser à Aon Hewitt un bulletin d'affiliation, accompagné du mandat de prélèvement, d'un RIB et de l'attestation CPAM.

■ Accord National Interprofessionnel (ANI)

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel applicable depuis le 1^{er} juillet 2009, la couverture Frais de Santé peut être maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est rompu suite à :

- licenciement hors faute lourde,
- rupture conventionnelle du contrat de travail,
- démission légitime (ex : suivi du conjoint),
- rupture du contrat d'apprentissage,
- interruption de la période d'essai, fin de CDD,...

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts à la Fnac. L'ancien salarié devra fournir à Aon Hewitt la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La durée du maintien est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et dans la limite maximale de 9 mois.

L'employeur et le salarié continuent à cotiser dans les mêmes conditions et proportions qu'antérieurement.

A partir du 1^{er} juin 2014, les conditions de financement de ce maintien ainsi que la durée, évolueront conformément aux dispositions d'ordre public et s'appliqueront à tous les départs de salariés à compter de cette date.

Ce maintien cesse

- dès la reprise d'un travail ou en cas de suppression ou radiation des allocations chômage, en cas de non paiement des cotisations (pour tous les salariés dont le départ est antérieur au 1^{er} juin 2014),
- en tout état de cause à la résiliation du contrat d'assurance Frais de Santé.

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu ou rompu peuvent contacter Aon Hewitt pour un contrat individuel (voir page 13).

 CG
AON Hewitt

Bm TL PN PC PL

Les garanties sont établies dans le respect de la loi sur les contrats dits "responsables". Si la législation venait à évoluer, l'assureur appliquerait les nouvelles dispositions.

Nature des soins	Prestations (en complément de la Sécurité sociale)	
	Frais médicaux courants	
Visites et consultations de généralistes	150 % BR	
Visites et consultations de spécialistes	300 % BR	
Auxiliaires médicaux Actes de biologie médicale (analyses, examens,...) Actes de chirurgie et de spécialités Transports médicaux	150 % BR	
Radiologie	200 % BR	
Actes chirurgicaux, Frais de séjour, Honoraires	Hospitalisation Médicale, Chirurgicale et Obstétrique	
Etablissements conventionnés ou non conventionnés	400 % BR	
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	
Chambre particulière	2 % PMSS / jour	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	1% PMSS	
	Pharmacie	
Pharmacie	100 % Ticket Modérateur	
	Audioprothèse	
Période de carence = 6 mois pour la prise en charge de l'audioprothèse ⁽¹⁾	Audioprothèse dans le réseau Santéclair	Audioprothèse ⁽²⁾ hors réseau Santéclair
Appareil auditif	2000 € par appareillage maximum deux appareillages pour deux ans	
	Autres postes	
Ostéopathie	Néant	
Orthopédie, autres prothèses	300 % BR	
Vaccins (non remboursés par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire)	1 % PMSS	

⁽¹⁾ Pour le salarié et ses bénéficiaires à charge, la carence est calculée en cumulant les durées des contrats successifs dans la période des 12 mois glissants.

 Pour le conjoint non à charge, la carence est égale à 6 mois d'adhésion.

⁽²⁾ En cas de présentation d'un devis hors réseau Santéclair dont les montants sont inférieurs ou égaux à un devis dans le réseau Santéclair, les conditions Santéclair seront appliquées.

FR Frais réels : montant des frais réellement engagés (honoraires versés aux praticiens, factures,...)

BR Base de Remboursement : tarif fixé par convention signée par le praticien ou certains établissements dispensant des actes médicaux (hôpitaux, cliniques) et la Sécurité sociale, servant de base aux remboursements effectués par la Sécurité sociale.

TM Ticket Modérateur : fraction des dépenses laissées à la charge de l'assuré correspondant à la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : valeur au 1^{er} janvier 2014 = 3 129 €.

La liste des garanties présentées est non exhaustive. Pour en savoir plus, merci de consulter la notice d'information de l'assureur. Les garanties sont accordées sous réserves prévues par le Code des Assurances.

■ Télétransmission

Pour simplifier et accélérer les délais de remboursement de votre complémentaire santé, nous avons mis en place avec votre CPAM un système de **télétransmission**.

Le traitement des informations se fera donc **automatiquement** entre votre CPAM et Aon Hewitt. La télétransmission ne sera effective que si vous avez donné votre accord et fourni la copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale pour chaque bénéficiaire garanti par le contrat.

Handwritten signatures and initials: PE, PK, TL, PC, CG, BM, Pn.

Attention : la télétransmission ne peut généralement pas être mise en place dans les cas suivants :

- pour le bénéficiaire de la garantie (vous-même ou un membre de votre famille) qui serait adhérent à une autre assurance complémentaire pratiquant la télétransmission,
- pour le ou les bénéficiaire(s) dépendant(s) d'un autre régime que le régime général (SNCF, RATP...).

Tiers Payant

Aon Hewitt met à votre disposition un service de tiers payant, prenant en charge les frais liés à la pharmacie, aux analyses de laboratoires, à la radiologie et aux soins externes*.

Ce service, développé conjointement par Aon Hewitt et son partenaire SP Santé se matérialise par une attestation. Pour bénéficier du tiers payant, vous devez simplement présenter au professionnel de santé concerné votre attestation Aon Hewitt/ SP Santé ainsi que votre Carte Vitale.

ATTESTATION DE TIERS PAYANT		Période de validité : 01/01/2011 au 31/12/2011	
N° ANI	00001102	N° de contrat	00492470
N° d'adhésion	00492470	N° de carte	00492470
Bénéficiaire(s) du tiers payant		Dépenses de santé concernées par le tiers payant	
N° Prénom	ABADIE ADRIEN	LABO	LABO
N° Adresse	ABADIE ADRIEN	SP	SP
N° Date de naissance	01/06/1988	PEC	PEC
N° Date de validité	01/06/11	ELI	ELI

Importance
Analyser les dépenses avant de remettre SP santé pour en faire bénéficier SP santé

Il est à noter que le tiers payant ne peut être proposé, durant la période de carence, aux stagiaires et aux bénéficiaires de l'ANI.

Attention : il est possible que le professionnel de santé refuse de vous faire bénéficier du tiers payant. En effet, certains imposent un montant minimum en dessous duquel vous devez régler une partie ou la totalité des frais.

En cas de changement de situation familiale, de changement d'adresse, vous devez en informer Aon Hewitt, afin qu'une nouvelle attestation, tenant compte de cette modification, vous soit délivrée.

En cas de départ de la FNAC (démission, licenciement...), vous devez remettre l'attestation à votre Service des Ressources Humaines qui la retournera à Aon Hewitt, et en informer les professionnels de santé concernés, ayant enregistré votre carte de tiers payant.

* Soins externes : soins et consultations effectués en milieu hospitalier (hors hospitalisation).

Exclusions

- **Participation forfaitaire de 1€** : elle s'applique à tout assuré ou bénéficiaire de plus de 18 ans (hors CMU) et concerne les actes de biologie/radiologie ainsi que les consultations et les visites des médecins spécialisés et généralistes. Conformément aux dispositions du décret 2004-1453 du 23 novembre 2004, le contrat Fnac ne couvre pas cette participation.
- **Actes effectués en dehors du parcours de soins** : le contrat Fnac ne prend pas en charge :
 - la majoration du ticket modérateur,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques dans les limites prévues par la législation.
- **Franchises médicales** : depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € est appliquée sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 € par an, au total.

AON Hewitt

BM

TZ

PC
PN

CG

Les garanties optique prévoient :

- Chez un opticien du réseau Santéclair : les frais d'optique sont remboursés aux Frais Réels sur la base des équipements prédéfinis selon le défaut visuel.
- Chez un opticien hors réseau Santéclair : remboursement d'un forfait (en euros) selon le défaut visuel en complément du remboursement de la Sécurité sociale.

Les défauts visuels sont divisés en classes. Chacune des classes est divisée en deux : les classes des verres unifocaux qui corrigent un seul défaut visuel (vision de près ou de loin) et celles des verres multifocaux qui corrigent la vision de près et la vision de loin.

Défaut Visuel	Puissance	Classes unifocales		Classes multifocales	
		Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Petite myopie ou petite hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	101 Classe 1	201 Classe 1	111 Classe 5	204 Classe 4
Petite myopie ou petite hypermétropie avec fort astigmatisme	de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2	102 Classe 2	202 Classe 2	112 Classe 6	
Moyenne myopie ou moyenne hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	et de 4,25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2				
Moyenne myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme	de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2	103 Classe 3	203 Classe 3	113 Classe 7	
Forte myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	et de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2				
Forte myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2	104 Classe 4	204 Classe 4	114 Classe 8	
Très forte myopie ou hypermétropie sans ou avec astigmatisme quel que soit son degré de gravité	et ≥ 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre				

Garanties proposées pour les adultes (en complément de la Sécurité sociale)

4

Période de carence = 6 mois pour la prise en charge de l'ensemble du poste optique ⁽¹⁾		Optique Garanties limitées à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans par bénéficiaire adulte			
		Opticien dans le réseau Santéclair		Opticien Hors réseau Santéclair ⁽²⁾	
Adulte	Verre unifocal	Classe 1	verre standard indice -> 1,52* avec super antireflet en minéral ou en organique durci * à partir d'une sphère de 3, indice 1,6 (càd traitement aminci)	100 % FR*	55 €
		Classe 2	verre super aminci (->1.6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci	100 % FR*	75 €
		Classe 3	verre extra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.67)	100 % FR*	90 €
		Classe 4	verre ultra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.74)	100 % FR*	150 €
	Verre multifocal	Classe 5	verre avec super antireflet et en organique durci (-> 1,52)* ou super aminci (-> 1,6) en minéral * à partir d'une sphère de 3, indice 1,6 (càd traitement aminci)	100 % FR*	130 €
		Classe 6	verre super aminci (->1.6) avec super antireflet en minéral ou en organique durci	100 % FR*	180 €
		Classe 7	verre extra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.67)	100 % FR*	200 €
		Classe 8	verre ultra aminci avec super antireflet en minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.74)	100 % FR*	210 €
Monture		140 €			

⁽¹⁾ Pour le salarié et ses bénéficiaires à charge, la carence est calculée en cumulant les durées des contrats successifs dans la période des 12 mois glissants.
Pour le conjoint non à charge, la carence est égale à 6 mois d'adhésion.

⁽²⁾ En cas de présentation d'un devis hors réseau Santéclair dont les montants sont inférieurs ou égaux à un devis dans le réseau Santéclair, les conditions Santéclair seront appliquées.

* 100 % FR : prise en charge à 100 % sur la base des équipements définis par le réseau optique Santéclair.
Les teintés solaires et photochromiques ne sont pas prises en charge par le contrat Fnac.

Limitation de la fréquence de remboursement à 1 équipement (monture et verres) tous les deux ans pour les adultes. Cette limitation est levée si le défaut visuel change d'au moins 0.25 dioptries.

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page, including initials like 'TL', 'PC', 'P', 'CG', and a signature.

■ Garanties proposées pour les enfants de moins de 18 ans (en complément de la Sécurité sociale)

Période de carence = 6 mois pour la prise en charge de l'ensemble du poste optique ⁽¹⁾		Opticien dans le réseau Santéclair		Opticien Hors réseau Santéclair ⁽²⁾
Enfant	Verre unifocal	Classe 1	verre standard indice 1.52* en organique durci * à partir d'une sphère de 3, indice 1,6 (càd traitement aminci)	100 % FR* 35 €
		Classe 2	verre super aminci (->1.6) avec super antireflet en organique durci	100 % FR* 55 €
		Classe 3	verre extra aminci avec super antireflet en organique durci (->1.67)	100 % FR* 85 €
		Classe 4	verre ultra aminci avec super antireflet en organique durci (->1.74)	100 % FR* 95 €
	Verre multifocal	Classe 4	verre ultra aminci avec super antireflet en organique durci (->1.74)	100 % FR* 95 €
Monture		80 €		

⁽¹⁾ Pour le salarié et ses bénéficiaires à charge, la carence est calculée en cumulant les durées des contrats successifs dans la période des 12 mois glissants.

Pour le conjoint non à charge, la carence est égale à 6 mois d'adhésion.

⁽²⁾ En cas de présentation d'un devis hors réseau Santéclair dont les montants sont inférieurs ou égaux à un devis dans le réseau Santéclair, les conditions Santéclair seront appliquées.

■ Garanties proposées pour les lentilles et l'opération de la myopie

Une période de carence de 6 mois s'applique pour la prise en charge de l'ensemble du poste optique. Pour le salarié et ses bénéficiaires à charge, la carence est calculée en cumulant les durées des contrats successifs dans la période des 12 mois glissants. Pour le conjoint non à charge, la carence est égale à 6 mois d'adhésion.

• Lentilles :

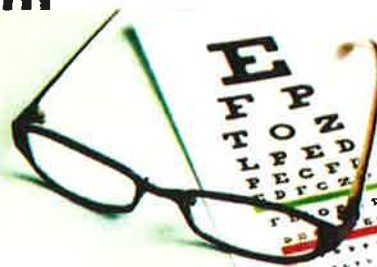
Pour les lentilles correctrices, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, les lentilles jetables et les produits d'entretien : 230 € par an et par bénéficiaire.

• Chirurgie réfractive :

Pour les myopies stabilisées de -1 à -8 dioptries chez les adultes de 25 à 43 ans : 325 € par œil.



E
E M



AON Hewitt

B7

TL
B7

PC

CG
P8

Les garanties dentaires prévoient :

- Chez un chirurgien dentiste du réseau Santéclair : les frais dentaires sont remboursés aux frais réels, sur la base des actes définis par la garantie (sauf implant racine et autres prothèses).
- Chez un chirurgien dentiste hors réseau Santéclair : remboursement d'un forfait (en euros).
- La prise en charge d'actes hors nomenclature : actes de prévention pour les enfants, couronnes provisoires, implants.

	Dentaire dans la limite d'un plafond annuel de 3 000 € par bénéficiaire hors soins dentaires	
	Consultation d'un chirurgien dentiste partenaire Santéclair	Consultation d'un chirurgien dentiste hors réseau Santéclair ⁽¹⁾
Soins dentaires* hors Inlay et Onlay	Ticket Modérateur	Ticket Modérateur
Inlay/Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	Inlay/Onlay en céramique	150 €
Période de carence = 6 mois pour la prise en charge des prothèses dentaires et des actes hors nomenclature⁽²⁾	Prothèses dentaires	
Couronne ou Inter de bridge (prise en charge ou non par la Sécurité sociale) Toutes dents	Couronne en céramique sur métal non précieux	300 €
Couronne sur implant	Couronne sur implant	300 €
Inlay core pris en charge par la Sécurité sociale	Inlay Core en métal non précieux	100 €
Appareil amovible	Appareil en stellite de 1 à 13 dents et à partir de 14 dents en résine	620 €
Autres prothèses cotées en SPR	175 % BR	175 % BR
Actes hors nomenclature (non financés par la Sécurité sociale)		
Couronne provisoire	Frais Réels	30 €
Examen de prévention 6/14 ans	Frais Réels	20 €
Renouvellement de sillons 6/14 ans	Frais Réels	15,30 € par dent
Test salivaire	Frais Réels	70 €
Vernis Fluorés	Frais Réels	5 € par dent
Implant racine (max 3/an)	500 €	500 €
Pilier implantaire (max 3/an)	Frais Réels	200 €
Parodontie (traitement des gencives)	500 € / an	
Période de carence = 6 mois pour la prise en charge de l'orthodontie ⁽¹⁾	Orthodontie	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	700 € par semestre	
Contention prise en charge par la Sécurité sociale	250 € par année de contention	
Autres actes pris en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	

* Les soins dentaires ne font pas l'objet de dépassement.

⁽¹⁾ Pour le salarié et ses bénéficiaires à charge, la carence est calculée en cumulant les durées des contrats successifs dans la période des 12 mois glissants.

Pour le conjoint non à charge, la carence est égale à 6 mois d'adhésion.

⁽²⁾ En cas de présentation d'un devis hors réseau Santéclair dont les montants sont inférieurs ou égaux à un devis dans le réseau Santéclair, les conditions Santéclair seront appliquées.

FR Frais réels : montant des frais réellement engagés (honoraires versés aux praticiens, factures,...).

BR Base de Remboursement : tarif fixé par convention signée par le praticien ou certains établissements dispensant des actes médicaux (hôpitaux, cliniques) et la Sécurité sociale, servant de base aux remboursements effectués par cet organisme.

TM Ticket Modérateur : fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré correspondant à la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale.

SPR Soins Prothétiques

Handwritten signatures and initials: SM, TL, BA, PC, PG, RE.

■ Lexique dentaire

<u>Soins dentaires</u>	soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et soins chirurgicaux (extraction, etc.).
<u>Inlay, Onlay</u>	reconstitution d'une partie de la dent en incrustation (inlay) ou en superposition (onlay).
<u>Orthodontie</u>	traitement des malpositions des dents, en particulier chez les enfants.
<u>Contention</u>	ensemble des procédés et des appareils destinés à stabiliser les corrections orthodontiques obtenues pendant le traitement actif. La période de contention correspond à la phase thérapeutique finale d'un traitement d'orthodontie.
<u>Couronne dentaire</u>	prothèse en forme de "chapeau" que l'on place sur la dent à soigner.
<u>Bridge</u>	technique permettant de remplacer une ou plusieurs dents absentes, en s'appuyant sur les dents voisines (dents piliers), une de chaque côté. Il est formé de couronnes soudées les unes aux autres.
<u>Inter de Bridge</u>	élément prothétique qui remplace une dent absente et qui est fixé de part et d'autre sur les dents adjacentes.
<u>Inlay-core</u>	faux-moignon ancré dans la racine de la dent par un tenon, qui va servir d'ancrage à la couronne.
<u>Vernis fluoré</u>	technique permettant la création d'un bouclier protecteur à la surface des dents, qui bloque la déminéralisation, et permet de traiter les sensibilités au chaud et au froid.
<u>Test salivaire</u>	acte visant à prévenir l'apparition des caries.
<u>Parodontologie</u>	partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus du soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolo-dentaire.
<u>Implant et Implant Racine</u>	généralement il y a deux étapes dans la pose d'un implant. Le dentiste pose dans un premier temps l'implant racine dans la bouche. L'implant sera enfoui dans la gencive pour une durée d'environ trois à six mois pour s'intégrer dans l'os. Ensuite, la couronne de l'implant sera cimentée après cette période de temps. Il arrive parfois que l'on puisse mettre une couronne sur l'implant en un seul temps.

■ Utilisation du réseau Santéclair

Je choisis le réseau Santéclair

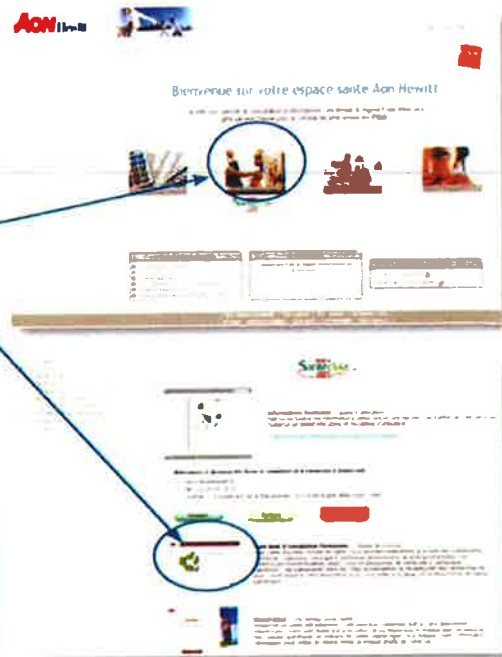
Comment trouver un partenaire Santéclair ?

Je me connecte à mon espace santé en ligne :
www.aonhewitt.fr/sante
 (à l'aide de mes login et mot de passe)

Je clique sur la **rubrique Tiers Payant**

puis sur **"outil web d'orientation partenaire"**

Je procède ensuite à ma recherche
 (sur la **rubrique localisation**)



ou j'envoie un mail à : devis@santeclair.fr

ou j'appelle le **N°Azur 0 810 100 524**
 PRIX D'APPEL LOCAL

ou par courrier :

Santéclair

Santéclair
 78 boulevard de la République
 92514 Boulogne Billancourt Cedex
 Fax : 01 47 61 20 92

SM
 TL
 P9
 P.C
 R26
 CG

■ Utilisation du réseau optique Santclair

Une fois que j'ai trouvé le partenaire Santclair, quelle est la procédure ?

- Je présente ma carte de Tiers Payant et demande à bénéficier du Tiers Payant sur la part complémentaire relative aux lunettes et aux lentilles => **pas d'avance de frais à effectuer.**
- Mes verres sont **intégralement remboursés** selon la prestation définie dans ma garantie.
- Je bénéficie :
 - d'une réduction de 15 % sur ma monture,
 - de l'ensemble des offres proposées par le magasin,
 - d'une garantie casse de 2 ans avec franchise maximum de 40 % du prix de l'équipement,
 - d'une garantie adaptation "unifocaux" (1 mois) et "multifocaux" (2 mois),
 - des tarifs préférentiels sur les lentilles,
 - du choix entre 60 centres de chirurgie laser de l'œil partenaires, avec des tarifs privilégiés de 30 % inférieurs aux prix moyens du marché.



Je ne choisis pas le réseau Santclair

- Je bénéficie des garanties "hors réseau" (voir tableau des garanties optiques p.4-5).
- Je fais l'avance des frais chez mon opticien.
- J'envoie la facture acquittée accompagnée de la copie de mon ordonnance au centre de gestion Aon Hewitt d'Angoulême (voir "Les Contacts Utiles" page 13).

■ Utilisation du réseau dentaire Santclair

Une fois que j'ai trouvé le partenaire Santclair, quelle est la procédure ?

- Je présente ma carte de Tiers Payant et demande à bénéficier du Tiers Payant sur la part complémentaire de mes dépenses en prothèses dentaires ou orthodontie => **pas d'avance de frais à effectuer.**
- Je bénéficie de **prix négociés.**

Je ne choisis pas le réseau Santclair

- Je bénéficie des garanties "hors réseau" (voir tableau des garanties dentaires p.6).
- Je fais l'avance des frais et je transmets la facture détaillée au centre de gestion Aon Hewitt d'Angoulême (voir "Les Contacts Utiles" page 13).



SM

CG
AON Hewitt
TL
P-C
P-E
P-A

Information devis

**Vous pouvez également consulter votre praticien habituel :
Santclair vous propose l'analyse de votre devis**

Des conseils techniques et tarifaires sur les prestations hors réseau Santclair

Ce service vous permet de vérifier que votre dépense est adaptée à vos besoins tout en payant le prix habituellement pratiqué sur le marché.

Sur simple demande, nos spécialistes font l'analyse du devis renseigné par le praticien que vous avez choisi et donnent leur avis objectif, sous 72 heures.

Pour cela, les formulaires de devis suivants :

- devis dentaire
 - devis optique
- sont téléchargeables sur le site
www.aonhewitt.fr/sante

Si vous le souhaitez, un consultant praticien Santclair peut se mettre en relation avec votre professionnel de santé pour trouver avec lui la solution la mieux adaptée.

L'analyse des devis / Conseil hors réseau Santclair

Faites remplir l'imprimé "devis" par votre praticien.

Communiquez ensuite le devis par :

E-mail : devis@santclair.fr

Courrier : Santclair
78 boulevard de la République
92514 Boulogne Billancourt Cedex

Fax : 01 47 61 20 92



BM

TL

PN

PC

CG
PC

■ Autres services Santéclair

Outil Web d'Orientation Partenaire : "cliquez et trouvez"

Cette nouvelle version en ligne permet d'accéder à la liste des partenaires Santéclair : opticiens, chirurgiens dentistes, pharmaciens et audioprothésistes.

De nombreuses fonctionnalités sont à disposition afin de localiser rapidement un professionnel de santé partenaire : savoir si votre professionnel de santé est partenaire Santéclair, trouver les partenaires dans les villes avoisinantes, obtenir le récapitulatif des recherches du jour.



Dépist'Agés : "vos rendez-vous santé"

Préserver sa santé est essentiel. C'est pourquoi Santéclair met à disposition Dépist'Agés, un outil dédié à la prévention et au dépistage. A chaque âge correspond des risques spécifiques en matière de santé. Dépist'Agés indique toute l'information nécessaire pour rester en pleine forme, à chaque étape de la vie.



L'automédication : "à consulter sans modération"

Des informations claires et pratiques sur les symptômes qu'il est possible de traiter en automédication. Qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adulte ou d'une femme enceinte, chaque médicament autorisé est noté de 0 à 20 selon le profil efficacité-tolérance en automédication, et son prix de vente habituel est indiqué. On trouve également dans cette rubrique les fiches thématiques santé et hygiène de vie.



Le défi No Smoking

Un programme en 15 jours permettant de se forger une opinion favorable sur la vie sans tabac et apprendre à arrêter de fumer en s'amusant avec 2 coaches. Une méthode efficace, vivante et ludique dans un environnement interactif, pour bien réapprendre à vivre durablement vos émotions sans cigarettes.



■ Se faire rembourser

Cas de demande de remboursement	Documents à envoyer	Destinataire
Votre praticien n'a pas utilisé votre carte vitale	Feuilles de soins	Sécurité sociale Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
Vous n'avez pas la télétransmission	Originaux des décomptes de Sécurité sociale ou autre organisme	
Vous n'avez pas utilisé votre carte de tiers payant	Justificatifs de paiement de la part complémentaire (facture acquittée)	
Frais dentaires (prothèses dentaires, orthodontie) si pas de tiers payant	Facture acquittée et détaillée du chirurgien dentiste	
Frais d'optique (lunettes et lentilles) si pas de tiers payant	Facture acquittée et détaillée et copie de l'ordonnance de l'ophtalmologue	
Frais d'hospitalisation (y compris frais d'accompagnant) si pas d'accord de prise en charge	Facture acquittée de l'établissement hospitalier et note d'honoraires des praticiens	Centre de gestion Aon Hewitt à Angoulême
Frais de kinésithérapie	Original de la facture du praticien indiquant la nature du dépassement sauf si vous bénéficiez de la télétransmission et que la nature du dépassement a été mentionnée par le praticien à la Sécurité sociale	
Naissance (pour inscription)	Extrait d'acte de naissance, copie de l'attestation Sécurité sociale de la personne à laquelle l'enfant est rattaché	

12

Adresse du Centre de gestion Aon Hewitt à Angoulême :

Aon Hewitt
Service Frais Médicaux - FNAC
 28 Allée de Bellevue - CS 70000
 16 918 Angoulême Cedex 9
 N° Fax : 05 45 38 30 82



BM

TL
 PE
 CG
 PC
 30

Votre espace santé en ligne :

www.aonhewitt.fr/sante

- Login** : Numéro d'adhérent qui figure sur votre carte de Tiers Payant et sur vos décomptes.
- Mot de passe** : Il vous a été envoyé par courrier lors de votre adhésion. En cas de perte, vous pouvez le demander en ligne.

Sur votre espace santé vous retrouvez :

- vos remboursements,
- vos informations personnelles (bénéficiaires, mot de passe...),
- les garanties de votre contrat,
- les partenaires Santéclair les plus proches de chez vous,
- les devis dentaire et optique,
- le formulaire de demande de prise en charge hospitalière,
- les contacts de votre centre de gestion Aon Hewitt à Angoulême,
- toutes informations utiles sur les Frais de Santé.

Alerte email :

Aon Hewitt vous propose de recevoir gratuitement sur votre adresse email le montant de votre dernier remboursement de Frais de Santé. Pour en savoir plus, connectez-vous sur votre espace santé : www.aonhewitt.fr/sante Rubrique "mon compte"

Vos contacts Aon Hewitt

Par courrier :

Pour toute demande de remboursement, merci d'adresser vos dossiers à :

Aon Hewitt
Service Frais Médicaux - FNAC
28 allée de Bellevue - CS 70000
16918 Angoulême Cedex 9

Par email :

Vous pouvez nous contacter par email pour toutes questions concernant :

- vos garanties,
- vos remboursements en cours,
- vos remarques sur notre espace santé,
- autres remarques ou questions.

Soit en vous connectant sur votre espace santé (www.aonhewitt.fr/sante) :

A partir de l'accueil vous rendre dans la rubrique "Contact" puis paragraphe "Par email".

Par téléphone :

Pour consulter vos derniers remboursements

N° Indigo 0 820 222 820
0,09 € TTC / MN

Vous disposez d'un serveur vocal 7j/7, accessible avec votre numéro adhérent qui figure en haut à gauche de vos décomptes.

Pour toute autre question sur vos garanties santé et votre affiliation

N° Indigo 0 820 225 222
0,09 € TTC / MN

Nos conseillers sont à votre disposition du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h, pour répondre à toutes vos questions portant sur vos garanties et votre affiliation au contrat Frais de Santé, ainsi qu'à vos demandes de prise en charge hospitalière et de devis.

Par fax :

Pour toute demande liée aux affiliations, envoyez votre fax au **05 45 38 69 20**.

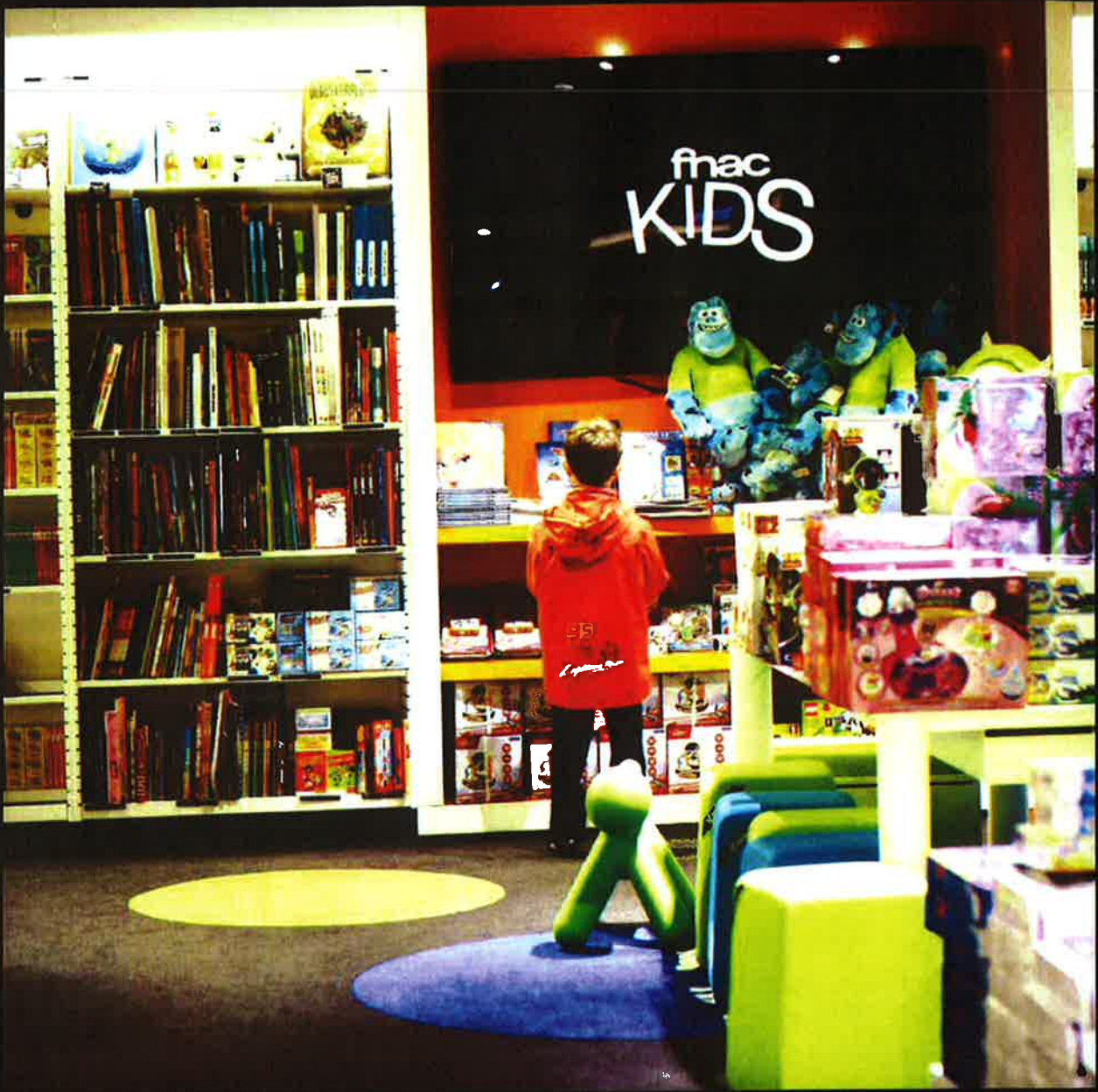
Pour toute autre demande, envoyez-le au **05 45 38 30 82**.

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu (invalides, congés sans solde, congés sabbatiques) peuvent continuer à bénéficier du contrat frais de santé en acquittant à titre individuel leur cotisation.

Les assurés dont le contrat de travail est rompu (licenciés, retraités) ou les ayants droit d'assurés décédés, peuvent bénéficier, à titre individuel, du régime d'accueil de l'assureur ou d'un produit Aon Hewitt.

Pour cela, ils doivent contacter : le Service des Particuliers au **05 45 38 69 11**. Un devis leur sera adressé.

BM
 TL
 PC
 P.E.
 CG
AON Hewitt



Direction de la communication - Le Studio Aon - 19 01 14 4H - Janvier 2014

Aon Hewitt

Aon France - siège social - 31-35 rue de la Fédération - 75717 Paris Cedex 15

t - 33(0)1 47 83 10 10 | f - 33(0)1 47 83 11 11 | aon.fr

N° ORIAS 07 001 560 | SAS au capital de 46 927 140 euros - 414 572 248 RCS Paris | N° de TVA intracommunautaire - FR 22 414 572 248

CARACTÈRE FINANCIER ASSURÉ ET JUSTES SAVOIRS CIBER PROTECTORS SUIVE CONSULTER AUX BÉNÉFICES ET ZÉRO ÉMISSIONS CARBONÉES ASSURÉS



bn [signature] CG TV [signature] PC [signature]

ANNEXE 3 : COTISATIONS

Cotisations au régime Frais de Santé

au 1er avril 2014		
Taux de cotisation :	sur salaire brut	sur PMSS
Cas général Cadre et Non cadre	1,60%	1,10%
Alsace Moselle Cadre et Non cadre	1,30%	1,00%

au 1er avril 2014				
Répartition des cotisations :	sur salaire brut		sur PMSS	
Part :	patronale	salariale	patronale	salariale
Cadre (Tranches A, B et C)	60%	40%	65%	35%
Non Cadre (Tranches 1 et 2)				

au 1er avril 2014				
Taux de cotisation :	sur salaire brut		sur PMSS	
Part :	patronale	salariale	patronale	salariale
Cas général Cadre (Tranches A, B et C)	0,960%	0,640%	0,715%	0,385%
Cas général Non Cadre (Tranches 1 et 2)				
Alsace Moselle Cadre	0,780%	0,520%	0,650%	0,350%
Alsace Moselle Non Cadre				

PG

SM

 CG
 TZ
 PC
 PN