

COMITE SOCIAL & ECONOMIQUE

Procès-Verbal de réunion du 03 décembre 2025

Présents :

Alexandra PISTILLI	Titulaire
Muhittin DURMAZ	Titulaire
Marion GEILLON	Titulaire
Joël ROSSIER	Titulaire
Antoine MINO	Suppléant
Sandra MITAINE	Représentante R.H FAS
Bruno PEPIN	Directeur FAS
Agnès PEREZ	Directrice R.H Groupe Frégate

PROCES-VERBAL

ORDRE DU JOUR :

Mise en place d'une nouvelle due relative au régime obligatoire de couverture des frais de santé

La nouvelle DUE relative au régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé pour l'ensemble des salariés est présentée aux Elus du CSE.

Il y aura 3 possibilités :

- **Forfait Solo pour le salarié seul**
- **Forfait Duo pour le salarié et 1 ayant droit**
- **Forfait Famille pour le salarié et plusieurs ayants droits**

Nous conservons l'organisme de mutuelle AXA.

Ci-dessous les taux de cotisation qui sont à rapprocher du PMSS :

- Forfait solo : 1,08% + 0,41% pour l'option
- Forfait duo (salarié et conjoint) : 2,08% + 0,64% pour l'option
- Forfait famille (salarié, conjoint et enfants) : 3,03% + 1,08% pour l'option

Sur le socle (hors option), l'employeur participera à hauteur de :

- **Adhésion pour le salarié : 40€**
- **Adhésion du conjoint du salarié : 15€**
- **Adhésion des enfants : 30€ par enfant. Au-delà de 3 enfants, la prise en charge de l'employeur est totale**

Les salariés qui ne prennent **pas d'option (socle uniquement)** verront leurs cotisations prélevées sur leur bulletin de paie, quelle que soit la formule d'adhésion : solo, duo ou famille.

Les salariés qui prennent une **option** verront le coût de la cotisation correspondant à l'option prélevé directement sur leur compte bancaire.

A l'unanimité, les élus ont émis un avis favorable à la mise en place de cette nouvelle DUE au 1^{er} janvier 2026.

Pour l'employeur,

Marion GEILLON



NOTE D'INFORMATION MUTUELLE

Depuis le 1er Janvier 2016, toute entreprise doit proposer un régime de frais de santé à ses salariés, de façon obligatoire et collective, qui respecte le « panier de soins minimal ».

La nouvelle convention collective nationale de la métallurgie du 7 février 2022 instaure notamment un régime de protection sociale prévoyant un niveau de couverture obligatoire (régime de remboursement de frais de santé et régime de prévoyance) pour l'ensemble des salariés des entreprises de la branche applicable au 1er Janvier 2023.

Frégate a mis en place par décision unilatérale, un nouveau régime applicable le 1^{er}/01/2026 qui est décrit ci-dessous.

L'adhésion à la mutuelle est obligatoire pour tous les salariés et leurs ayants droits, sauf pour ceux qui peuvent justifier de certains cas de dispense prévus :

- Vous êtes Apprentis ou en CDD d'une durée inférieure à douze mois, même si vous ne bénéficiez pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,
- Vous bénéficiez d'une couverture complémentaire, CMU, ACS. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- Vous avez déjà une couverture santé individuelle au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel,
- Vous bénéficiez par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire pour la personne dont vous êtes ayant droit, à condition de le justifier chaque année,

Organisme assureur et tarifs :

Le contrat d'assurance est souscrit auprès de l'organisme assureur :

AXA Assurance LAVIS LONCELLE

8, Zi Rhone Vallée Sud Bp 15,
07250 Le Pouzin

Les tarifs d'adhésion aux garanties sociales pour 2026 sont pour :

Ces prises en charge se feront sur la fiche de paie mensuellement

- Un assuré sans ayant droit : 3,25€	/ Prise en charge employeur de 40€
- Un assuré avec son conjoint : 28,30€	/ Prise en charge employeur de 55€
- Un assuré avec un enfant : 13,30€	/ Prise en charge employeur de 70€
- Un assuré avec son conjoint et un enfant : 36,35€	/ Prise en charge employeur de 85€
- Un assuré avec son conjoint et deux enfants : 6,35€	/ Prise en charge employeur de 115€
- Un assuré avec son conjoint et trois enfants et + : 0€	/ Prise en charge employeur de 121,35€
- Un assuré avec deux enfants : 21,35€	/ Prise en charge employeur de 100€
- Un assuré avec trois enfants et + : 0€	/ Prise en charge employeur de 121,35€

Vous avez la possibilité, à titre individuel de prendre une surcomplémentaire (option).

Le coût supplémentaire sera pour :

Cette prise en charge se fera sur votre compte bancaire directement une fois le Mandat SEPA rempli et transmis à Axa

- Un assuré sans ayant droit : 16,42€
- Un assuré avec un ayant droit : 25,63€
- Un assuré avec plusieurs ayants droits : 43,25€

Une notice d'information sur les garanties vous est remise en parallèle.



COUPON REPONSE RELATIF A LA DUE DU DISPOSITIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

IMPORTANT : A RETOURNER A L'EMPLOYEUR

Je soussigné :

- Atteste avoir reçu de mon employeur un exemplaire de la décision unilatérale du dispositif complémentaire "frais de santé" applicable au 1^{er}/01/2026 ;
- Atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information sur les garanties du dispositif complémentaire "frais de santé" applicable au 1^{er}/01/2026.

Et

- Confirme ne pas demander de dispense et ainsi adhérer au dispositif de couverture de santé.
- Demande la dispense au titre du cas suivant :
 - déjà couvert en tant qu'ayant droit de mon conjoint par un contrat à adhésion obligatoire (justificatif à fournir tous les ans)
 - déjà couvert à titre individuel (justificatif à fournir. Attention : la dispense d'adhésion ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat actuel)
 - en CDD ou apprenti < 12 mois (ne concerne pas les ayants droits)
 - bénéficiaire de la CMU ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
 - autre disposition prévue dans la Décision Unilatérale – Merci de préciser :
.....
.....
.....

Cette dispense concerne : Moi et mes ayants droits Uniquement mes ayants droits

Fait à , le

Signature

Quelles sont les garanties proposées ?

Les remboursements ci-dessous **viennent en complément de** ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursions aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation

Frais de séjour

en hospitalisation médicale		
dans un établissement conventionné	100 % BR-MR	100 % FR-SS
dans un établissement non conventionné	100 % BR-MR	90 % FR-SS
Dans la limite de :		400 %BR
en hospitalisation chirurgicale		
dans un établissement conventionné	100 % BR-MR	100 % FR-SS
dans un établissement non conventionné	100 % BR-MR	90 % FR-SS
Dans la limite de :		400 %BR

Honoraires

d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	200 % BR-MR
d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	180 % BR-MR

Chambre particulière (par jour)

1,50 % PMSS

80 €

Forfait journalier hospitalier

100 % du forfait

100 % du forfait

Forfait actes lourds

100 % du forfait

100 % du forfait

Lit d'accompagnant (par jour)

1 % PMSS

1 % PMSS

D'un enfant de moins de:

17 ans

17 ans

Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de

30 jour(s)

30 jour(s)

parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la

limite par année civile de:



Depuis l'Espace Client ou Angel.fr

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable Option 1
	En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire
Maternité		
Forfait maternité	150 €	300 €
Celui-ci est accordé à la bénéficiaire suite à son accouchement.		
Ce montant est doublé si sa grossesse était multiple.		
Forfait adoption	150 €	300 €
Ce forfait est doublé en cas d'adoptions multiples.		
Dentaire		
Soins (hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	125 % BR-MR	250 % BR-MR
Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Prothèses (Hors 100% Santé)		
à tarif limité ⁽²⁾ (y compris Inlay Onlay)	225 % BR-MR	400 % BR-MR
Dans la limite de :	100 %PLV-MR	100 %PLV-MR
à tarifs libre ⁽³⁾ (y compris Inlay Onlay)	225 % BR-MR	400 % BR-MR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine), par acte		200 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :		3 acte(s)
Orthodontie		
prise en charge par la Sécurité sociale	225 % BR-MR	400 % BR-MR
non prise en charge par la Sécurité sociale par semestre		7 % PMSS
Dans la limite de :		4 Semestre(s) consécutif(s)
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale		
Pose de l'implant (phase opératoire)		240 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :		3 acte(s)
Faux-moignon implantaire		70 €
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :		3 acte(s)
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	250 % BR-MR
non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR-MR	200 % BR-MR
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	250 % BR-MR
non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable Option 1
	En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire
Soins courants		
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire		
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	160 % BR-MR
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR-MR	160 % BR-MR
Médicaments		
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin		60 €
Par année civile et par bénéficiaire		
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin		40 €
Par année civile et par bénéficiaire		
Matériel médical		
Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR-MR	300 % BR-MR



TÉLECONSULTATION MÉDICALE
Consulter un médecin 7j/7



Depuis l'Espace Client ou Angel.fr

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable Option 1
	En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire
Médecines non conventionnelles		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue. par séance	50 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	50 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Etiopathie, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	2 séance(s)	2 séance(s)
Aides auditives		
Equipement 100% santé ⁽⁴⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre :		
adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	800 Euros-MR	1200 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	1700 Euros-MR	1700 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	300 % BR-MR
Autres postes		
Frais de transport	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Cures Thermales		400 €
Frais médicaux, frais d'hébergement et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale		
Les honoraires d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM sont plafonnés à TM + 100%BR		

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable
	Option 1
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Prévention

Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un professionnel de santé habilité à les prescrire, dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché Par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS
Les médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	100 € 100 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat :	1,25 % PMSS
Par enfant de moins de	12 ans
Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de : Dans la limite d'une prise en charge tous les :	250 % BR-MR 3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale	Inclus Inclus
La Téléconsultation Voir présentation au chapitre " Vos services Santé et Assistance INCLUS DANS VOTRE CONTRAT"	Inclus Inclus
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique.	200 € 200 €
Par année civile et par bénéficiaire	



MON COACH SANTÉ ANGEL
Préserver sa forme et sa santé



Depuis l'Espace Client ou Angel.fr
Application téléchargeable depuis les stores

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable
	Option 1
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽⁵⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Equipement à tarif libre (Classe B)		
avec monture et verres simples	250 Euros-MR	370 Euros-MR
avec monture et verres complexes	350 Euros-MR	470 Euros-MR
Equipement avec monture et verres très complexes		
Adulte	450 Euros-MR	570 Euros-MR
Enfant (< 16 ans)	450 Euros-MR	470 Euros-MR
Dont monture	100 Euros-MR	100 Euros-MR

Autres postes optique

Prestation d'adaptation (Classe A et B)	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Par implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte.	285 €	285 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la sécurité sociale	200 €	200 €
Par année civile et par bénéficiaire		
Nous garantissons au minimum :	100 %TM	
Les lentilles de contact correctrices, y compris les lentilles jetables, non prises en charge par la sécurité sociale	200 €	200 €
Par année civile et par bénéficiaire		
L'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser, par œil, par année civile et par bénéficiaire		450 €

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Aide aux aidants" décrits au chapitre correspondant

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Adaptalia Essentiel" décrits au chapitre correspondant

Services

Le Réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget

La description de ce service est donnée au chapitre correspondant

Informations sur le poste Optique

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.

SIMPLES Avec verres unifocaux	COMPLEXES Avec verres unifocaux	COMPLEXES avec verres multifocaux	TRES COMPLEXES Avec verres multifocaux
■ Sphère entre -6 et 6	■ Sphère hors zone -6 et 6	■ Sphère entre -4 et 4	■ Sphère hors zone -4 et 4
■ Sphérocytindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4	■ Sphérocytindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4	■ Sphérocytindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4	■ Sphérocytindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4
■ Sphérocytindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	■ Sphérocytindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocytindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	■ Sphérocytindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	■ Sphérocytindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocytindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8

Informations sur le poste Hospitalisation

La prise en charge des soins de suite et de réadaptation, dans le cadre de séjours remboursés par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de ces 30 jours, nous garantissons le ticket modérateur au titre des frais d'hospitalisation.

Lorsque les soins de suite et de réadaptation, dans le cadre de séjours remboursés par la Sécurité sociale, ne sont pas consécutifs à une hospitalisation, nous prenons en charge uniquement le ticket modérateur au titre des frais d'hospitalisation.

La prise en charge des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de ces 30 jours, nous garantissons le ticket modérateur au titre des frais d'hospitalisation.

Pour mieux comprendre les garanties ?

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

FR-SS = Frais réel – le remboursement de la Sécurité sociale : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

Définitions 100% Santé



Dentaire

(1) Soins et prothèses 100% Santé: tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente: PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

(2) Prothèses à tarifs limités : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente: PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

(3) Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.



Aides auditives

(4) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente: PLV**) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).



Optique

(5) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente - PLV**) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR

REGIME OBLIGATOIRE DE COUVERTURE DES FRAIS DE SANTE

1. OBJET

Les présentes visent à la définition d'un régime de couverture des frais de santé à caractère collectif et obligatoire, répondant en particulier aux exigences légales et réglementaires en la matière, permettant aux bénéficiaires d'obtenir des prestations de remboursement complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale. Cette définition du régime se fait dans le cadre d'une modification du régime existant (dénonciation pour modification).

2. CHAMP D'APPLICATION

Les présentes dispositions concernant la structure suivante :

FREGATE AERO SUD
178 Allée de Bruxelles
83870 SIGNES
SIRET 851 990 622 000 25

3. BENEFICIAIRES PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

Les salariés bénéficiaires du régime frais de santé, dont l'affiliation sera obligatoire sous réserve des cas de dispense exposés plus loin, sont l'ensemble des salariés de l'entreprise, ainsi que selon la situation de chacun de ces derniers, les ayant-droit (bénéficiaires secondaires), selon la définition retenue par l'organisme assureur (conjoint, enfants et enfants du conjoint).

4. DISPENSE

4.1 - Bénéficiaires principaux :

Sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, une dispense d'affiliation est autorisée dans les hypothèses suivantes :

- Salariés et apprentis bénéficiant dans l'entreprise d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Personnes disposant d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- Personnes couvertes par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- Personnes qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année, et sous réserve que la couverture de la personne dont il est ayant-droit, soit obligatoire au titre du dispositif en question ;
- Personnes bénéficiant du régime de base obligatoire 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 du Code de sécurité sociale ;
- Personnes bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946, du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM), ou de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;
- Fonctionnaires et agents de droit public bénéficiant de la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire en application du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- Agents bénéficiant de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire en application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Personnes bénéficiant d'un contrat groupe issu de la loi 94-126 du 11 février 1994 (dispositif Madelin).

Pour ces cas, la demande de dispense sera consignée par écrit informant l'intéressé des conséquences de son choix. Cette consignation écrite interviendra à l'embauche, ou dans les 8 jours suivant celle-ci ou la date de mise en place du régime pour les salariés présents à cette date. A défaut, la dispense ne sera pas valable et il sera procédé à une affiliation d'office au régime. Les justificatifs requis devront être produits (ou à défaut une déclaration sur l'honneur), le cas échéant chaque année dans les cas où cela s'applique, faute de quoi il sera aussi procédé à une affiliation d'office.

Dans le cas de salariés d'une même famille (couples notamment) employés simultanément dans l'entreprise, dans la mesure où le régime couvre à titre obligatoire les ayants-droits, l'un des membres sera affilié en tant que bénéficiaire principal, l'autre pouvant l'être en tant que bénéficiaire secondaire. Les intéressés devront en formuler la demande par écrit, et indiquer à cette occasion quel membre se verra précompter la cotisation au financement du régime, en tant que bénéficiaire principal.

4.2 - Bénéficiaires secondaires couverts à titre obligatoire :

Une dispense valable pour un bénéficiaire principal vaudra pour tout bénéficiaire secondaire qui lui est attaché.

En revanche, une dispense valable pour un bénéficiaire secondaire ne s'appliquera qu'à lui, et ne saurait jouer pour le bénéficiaire principal.

A ce titre, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, une dispense d'affiliation est autorisée pour les bénéficiaires secondaires couverts à titre obligatoire, dans les hypothèses suivantes :

- Les ayants-droits bénéficiant d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale (couverture collective obligatoire souscrite par l'employeur) ;
- Les ayants-droits relevant du 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 du code de la Sécurité sociale (Alsace/Moselle) ;

- Les ayants-droits bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946, du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM), ou de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;
- Les ayants-droits couverts par les mutuelles des fonctions publiques d'Etat et des collectivités territoriales relevant des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Les ayants-droits bénéficiant des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats dits « Madelin »).

Pour ces cas, la demande de dispense sera consignée par écrit comportant la mention que l'intéressé est informé des conséquences de son choix, dans les mêmes délais que ceux applicables au bénéficiaire principal.

A défaut, la dispense ne sera pas valable et il sera procédé à une affiliation d'office au régime. Les justificatifs requis devront être produits (ou à défaut une déclaration sur l'honneur), le cas échéant chaque année dans les cas où cela s'applique, faute de quoi il sera aussi procédé à une affiliation d'office.

En tout état de cause, les personnes ayant initialement refusé l'adhésion au titre d'une des hypothèses précitées pourront solliciter à tout moment leur adhésion au régime. Cela sera toutefois alors irrévocable

5. ORGANISME ASSUREUR

Le régime complémentaire de frais de santé retenu est garanti par l'intermédiaire d'un contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme habilité suivant :

AXA LAVIS LONCELLE – 8 ZI RHONE VALLEE SUD BP 15 – 07250 LE POUZIN

Le choix de l'organisme assureur ainsi que des intermédiaires éventuels, qui relèvera au final de l'employeur, sera réexaminé selon une périodicité de 5 ans.

Les modalités de ce réexamen consisteront en une étude comparative d'offres de différents acteurs du marché, afin notamment de comparer les niveaux de garanties proposés et les tarifications correspondantes, ainsi que les modalités et l'efficacité de la prise en charge des bénéficiaires, qui donneront lieu à consultation des représentants du personnel.

Ce réexamen périodique ne fait pas obstacle à la possibilité pour l'employeur de recourir entretemps à un autre organisme assureur, à l'échéance de ce contrat souscrit avec l'organisme assureur s'il est à durée déterminée, ou à tout moment moyennant le respect du préavis applicable si ce contrat est à durée indéterminée, sous réserve que le nouvel organisme assure des garanties équivalentes à celles mise en place aux termes des présentes.

6. GARANTIES

Les garanties proposées par le régime défini (obligatoires et éventuellement optionnelles), leurs modalités de mise en œuvre (déclaration, formalités...) ainsi que les limites et exclusions éventuelles, sont celles prévues par l'organisme assureur, selon documentation en annexe (descriptif des garanties). Ces garanties sont susceptibles d'évoluer, y compris dans le sens d'une réduction, ce qui donnera lieu conformément aux textes, à une information préalable des bénéficiaires principaux, concernant les nouvelles garanties applicables et la date d'effet de la modification.

Le service des prestations est opéré par l'organisme assureur et relève de sa seule responsabilité. L'employeur n'est tenu, à l'égard des bénéficiaires, qu'au seul paiement de la part de cotisations lui incombe. Par ailleurs, L'employeur ne pourra être tenu responsable d'un défaut de prise en charge

résultant du non-respect des modalités de mise en œuvre incombant aux bénéficiaires, ou d'une exclusion de ces derniers du bénéfice des garanties, pour quelque cause que ce soit (hors le cas du défaut de paiement des cotisations incombant à l'employeur).

Par ailleurs, sous la responsabilité de l'organisme assureur, les garanties proposées respectent le cahier des charges des contrats responsables issues notamment des articles L871-1, L242-1, 8°, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale, et correspondent au moins aux conditions du panier minimum de soins tel que défini par l'article D911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Toute réforme ayant pour effet de modifier la définition ou les caractéristiques requises pour ces contrats, ou les conditions d'exonération sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront alors automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit répondra en permanence à l'ensemble de ces dispositions.

7. CONDITIONS FINANCIERES

Le financement du régime est assuré par des cotisations fixées par l'organisme assureur, qui sont à ce jour réparties comme suit * :

Pour une Adhésion « isolée »

- 1,08% du PMSS, soit 43,25€ selon PMSS au 1^{er}/01/2026

Pour une Adhésion « duo »

- 2,08% du PMSS, soit 83,30€ selon PMSS au 1^{er}/01/2026

Pour une Adhésion « famille »

- 3,03% du PMSS, soit 121,35€ selon PMSS au 1^{er}/01/2026

La part employeur se fera de la façon suivante :

Pour le salarié

- Pris en charge de 40€

Pour les ayants droits

- Pris en charge de 15€ pour le conjoint
- Pris en charge de 30€ / enfant

	Isolé	Duo		Famille				
		Salarié	Conjoint	Salarié	Conjoint	Salarié	Conjoint	Salarié
Bénéficiaires	Salarié	Salarié	Salarié	Salarié	Salarié	Salarié	Salarié	Salarié
Taux	1,08%	2,08%	2,08%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%
Cout total	43,25€	83,30€	83,30€	121,35€	121,35€	121,35€	121,35€	121,35€
Part patronale	40€	55€	70€	85€	115€	121,35€	100€	121,35€
Part salariale	3,25€	28,30€	13,30€	36,35€	6,35€	0€	21,35€	0€

Avec PMSS : 4005€ au 1^{er}/01/2026

* Les informations spécifiées sont celles en vigueur à ce jour et sont susceptibles de modifications, lesquelles seront opposables aux bénéficiaires. En effet, le montant de la part patronale étant fixe, dans le respect des 50% de prise en charge employeur min pour le forfait isolé, toute évolution du montant des cotisations sera financée par le salarié, sans qu'il soit nécessaire de rédiger un avenant aux présentes.

8. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail pour quelque cause que ce soit, le bénéfice du régime sera maintenu si cette suspension donne lieu à un maintien intégral ou partiel de salaire, ou si le salarié perçoit des indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (mutuelle, institution de prévoyance), ou si le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur

(activité partielle y compris de longue durée, période de congé rémunéré par l'employeur : reclassement, mobilité...etc.).

L'employeur continuera à verser la contribution patronale pendant la période de maintien dans le régime de protection sociale complémentaire du bénéficiaire absent. De même, la part salariale de la contribution restera également due.

Dans les hypothèses non visées ci-dessus, le bénéficiaire pourra également continuer à bénéficier du régime s'il s'acquitte de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Il est précisé à ce sujet qu'en cas de non-paiement des cotisations, paiement que le bénéficiaire devra adresser à l'entreprise dans la mesure où l'absence de maintien de salaire empêche tout prélèvement, le bénéfice du régime cessera.

9. RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL - PORTABILITE

En l'état actuel de la réglementation, en application de l'article L911-8 du Code de sécurité sociale, les salariés justifiant d'une rupture de leur contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve qu'ils se soient ouverts des droits pendant leur période de travail dans l'entreprise, et adhérant au régime, pourront bénéficier d'un maintien de garantie.

La durée du maintien de garantie est égale à la durée d'exécution du contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite prévue par la réglementation, soit actuellement 12 mois conformément à l'article L911-8 du Code de sécurité sociale.

L'employeur appliquera ces maintiens de garanties en prenant en compte les évolutions légales, réglementaires ou conventionnelles postérieures à l'entrée en vigueur du régime. Toute évolution des garanties pendant la période de maintien, sera opposable aux bénéficiaires.

10. DATE D'EFFET - DUREE

Le régime détaillé aux présentes s'appliquera à compter du 01/01/2026, ceci pour une durée indéterminée.

11. SUIVI - REVISION

Le régime détaillé aux présentes fera l'objet d'un suivi avec les représentants du personnel.

Les présentes ayant été prises conformément à la réglementation en vigueur à ce jour, toute modification ultérieure des normes obligatoires législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables en ce domaine, n'ayant pas pour effet d'en bouleverser l'économie, entraînera de plein droit la modification de toute disposition serait devenue non conforme, sauf à l'entreprise de modifier formellement ou de dénoncer ces dispositions.

Toute modification ayant quant à elle pour effet de bouleverser l'économie des dispositions adoptées, de remettre en cause les effets qu'a voulu initialement lui donner l'employeur, de créer des charges et obligations supplémentaires non envisagées à l'occasion de leur définition, ou d'en rendre l'application impossible, en entraînera la suspension, jusqu'à dénonciation et éventuellement prise d'une nouvelle décision tenant compte des modifications intervenues.

Il en sera de même en cas de remise en cause du contenu de la présente décision, notamment à l'occasion d'un contrôle administratif ou d'un différend judiciaire à l'issue duquel serait exigé le retrait ou la modification de telle ou telle disposition.

Par ailleurs, il est précisé que toute abstention de l'employeur à faire valoir l'une des dispositions ou les droits ou obligations qui s'y rapportent, ne saurait en aucun cas s'analyser en une renonciation à faire valoir ultérieurement ladite disposition ou lesdits droits et obligations.

Enfin, s'il s'avérait que l'une des dispositions pose une difficulté d'interprétation, une note explicative sera émise par l'employeur. L'interprétation sera donnée dans un sens conforme aux objectifs initialement recherchés à l'occasion de la définition des présentes.

12. DISPOSITIONS FINALES - FORMALITES

Les présentes ont donné lieu à consultation des représentants du personnel en date du **03 Décembre 2025**.

Elles seront portées à la connaissance du personnel par affichage le 04/12/2025.

Un exemplaire sera disponible pour consultation auprès du service du personnel ainsi que sur l'intranet.

Par ailleurs, les caractéristiques du régime défini, le cas échéant sous forme de document de synthèse, feront l'objet d'une notification individuelle aux intéressés (lors de la mise en application du régime, ou par la suite au moment de l'embauche), dans les formes suivantes, par remise en main propre ou envoi par courrier recommandé.

Fait à Signes, le 03/12/2025

Pour l'Employeur *
Agnès PEREZ



ANNEXES

Conditions générales
Descriptifs des garanties