



ma **PRÉVOYANCE**
by **SAFRAN**

LA PRÉVOYANCE CHEZ SAFRAN

Salariés - France
2018

SOMMAIRE

4 16

1. PANORAMA DE LA PRÉVOYANCE

- ma PRÉVOYANCE *by* SAFRAN
- Bénéficiaires

6

2. RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

- Garanties
- Modalités d'affiliation
- Démarches

12

3. RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

- Garanties
- Modalités d'affiliation
- Démarches

4. RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

- Garanties
- Affiliation
- Remboursements

28

5. COTISATIONS ET MAINTIEN DES DROITS

- Cotisations 2018 régime Incapacité-Invalidité-Décès
- Cotisations 2018 régime Décès et Invalidité accidentels
- Cotisations 2018 régime Frais de santé
- Conditions de maintien des garanties

32

6. FONDS SOCIAL

34

CONTACTS ET LEXIQUE

- Contacts régime Frais de santé
- Contact régime Incapacité-Invalidité-Décès
- Contact régime Décès et Invalidité accidentels
- Lexique

AVERTISSEMENT

Document non contractuel, exclusivement destiné à la communication interne.

Textes de référence : Accord de Groupe du 10 février 2009, Accord de Groupe du 13 octobre 2014 et Notices d'information des assureurs.



ÉDITO

Jean-Luc Bérard

Directeur Groupe
Ressources humaines

“La protection sociale de ses salariés est une priorité pour le Groupe.”

Safran a toujours fait de la protection sociale de ses salariés une de ses priorités. Les négociations menées ces dernières années illustrent sa volonté d'offrir une couverture complète et homogène à ses salariés dans l'ensemble de ses sociétés en France.

En effet, deux accords organisent trois régimes complémentaires ⁽¹⁾ :

- **Un régime Frais de santé**, financé à 50 % par l'entreprise.
 - Responsable, il s'adapte à votre situation de famille.
 - Conçu pour répondre à vos besoins, il peut être complété par un régime optionnel offrant des garanties d'un niveau supérieur.
 - Solidaire, il est complété par un fonds social, qui apporte sous conditions de ressources une aide financière en cas de difficultés consécutives à des dépenses médicales, et par un fonds de solidarité qui finance un allègement des cotisations pour les retraités du Groupe.
- **Un régime Incapacité-Invalidité-Décès**, financé à 70 % par l'entreprise. Proposant quatre formules au choix, il offre des rentes ou des capitaux proportionnels au salaire perçu. C'est pourquoi la possibilité de souscrire à une option spécifique est ouverte aux salariés à temps partiel, afin de cotiser sur un salaire à temps plein et d'obtenir les garanties en conséquence.
- **Un régime Décès et Invalidité accidentels**, mis en place le 1^{er} janvier 2015 et entièrement financé par l'entreprise. Désormais obligatoire et uniforme pour tous les salariés du Groupe, il procure une indemnisation complémentaire sous forme de capital en cas d'accident survenant au cours de votre vie professionnelle. Ces garanties peuvent être étendues aux accidents survenus au cours de la vie privée, moyennant la souscription d'un régime optionnel et facultatif.

Aujourd'hui, tous les salariés de Safran en France bénéficient de régimes attractifs de protection sociale, présentant des conditions financières, sociales et fiscales avantageuses, ainsi que des prestations de haut niveau, identiques quelle que soit leur catégorie professionnelle.

Je vous invite à découvrir dans cette brochure les modalités pratiques de fonctionnement et les avantages de l'ensemble de ces régimes de protection sociale.

(1) Deux accords fondateurs :

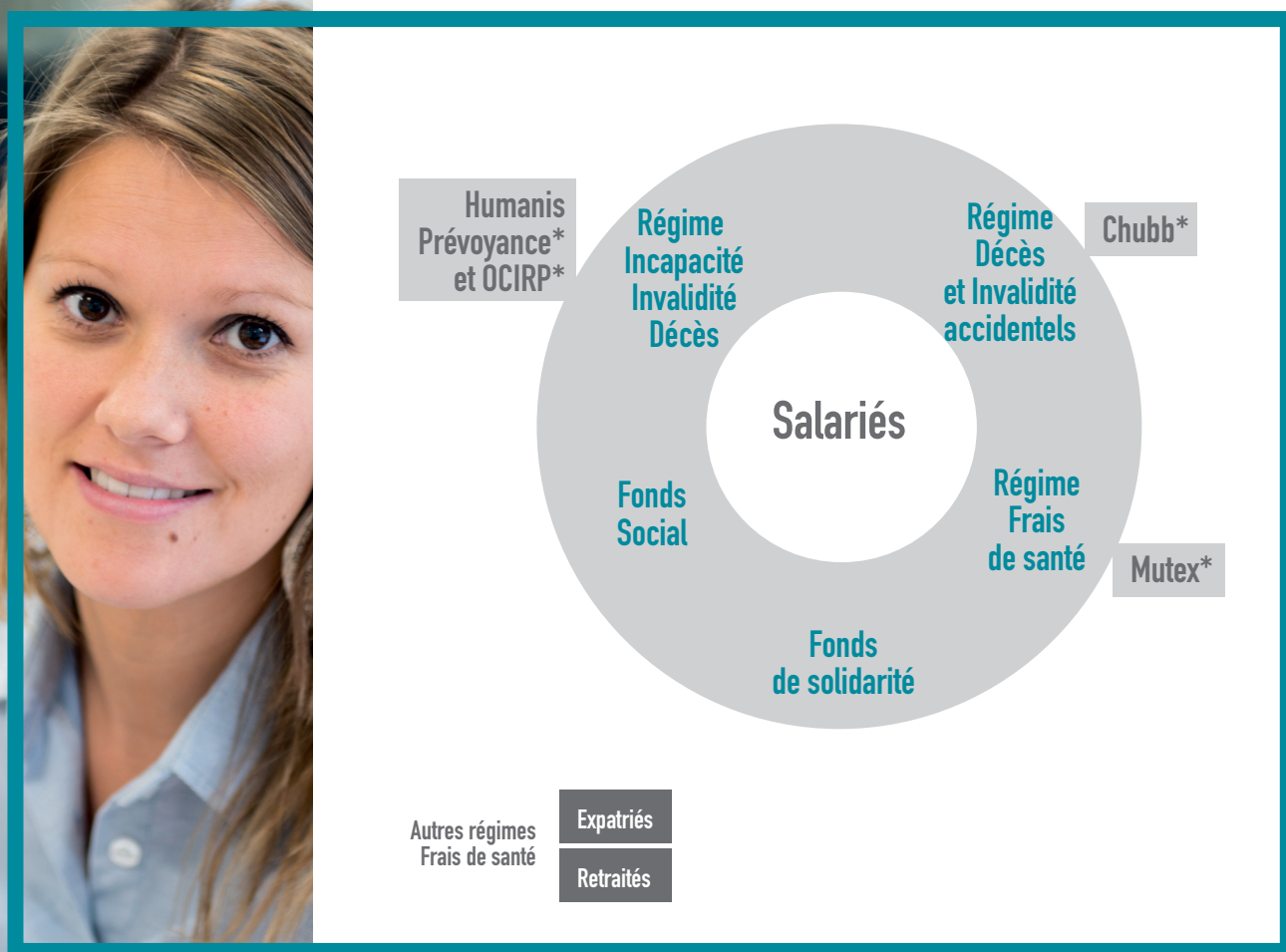
- un accord relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du Groupe Safran a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT et CGT-FO le 10 février 2009,
- un accord relatif à la couverture des garanties Décès et Invalidité accidentels a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CGT et CGT-FO le 13 octobre 2014.

1. PANORAMA DE LA PRÉVOYANCE

Pour couvrir les aléas financiers liés à la santé, dans la vie privée comme dans la vie professionnelle, Safran a souhaité mettre en place un dispositif de prévoyance commun pour tous les salariés et adapté à la situation familiale de chacun : ma **PRÉVOYANCE** *by* **SAFRAN**

CHIFFRES CLÉS

- Près de 40 000 salariés couverts
- Plus de 110 000 personnes pouvant accéder aux garanties
- Frais de santé (salariés, conjoints, enfants, retraités)
- 86 millions € par an dont 54 millions € / an financés par les sociétés du Groupe



***HUMANIS PRÉVOYANCE** : Institution de Prévoyance du Groupe Humanis

***OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance

***MUTEX** : Union des grandes mutuelles inter-professionnelles

***CHUBB** : Société d'assurance, anciennement Ace Europe

Afin de sécuriser le dispositif, une co-assurance des régimes Frais de santé et Incapacité-Invalidité-Décès est en outre organisée entre Mutex, Humanis et l'OCIRP.

1.1 ma PRÉVOYANCE by SAFRAN

- Un **régime INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS** qui apporte une aide financière complémentaire à celle de la Sécurité sociale, en cas d'arrêt de travail de longue durée ou de décès.
- Un **régime DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS** qui apporte des garanties supplémentaires, en cas d'accidents ayant entraîné un décès ou une invalidité. Il comprend un régime optionnel pour les accidents de la vie privée.
- Un **régime FRAIS DE SANTÉ** qui complète les remboursements de la Sécurité sociale et qui respecte les exigences d'un "contrat responsable" afin que les salariés bénéficient de la déductibilité sociale et fiscale des cotisations. Le régime Frais de santé comporte un régime obligatoire, Ma Prévoyance Santé, et un régime optionnel, Ma Prévoyance Santé +.
- Un **FONDS SOCIAL** dédié, qui peut apporter une aide exceptionnelle complémentaire lorsque les dépenses de santé entraînent des difficultés financières pour le salarié. Il peut également participer à des actions de prévention et d'éducation à la santé.
- Un **FONDS DE SOLIDARITÉ** qui pérennise la solidarité inter-générationnelle et permet de maintenir un allègement des cotisations des retraités et de leurs conjoints, veufs ou veuves.

COMMISSIONS DE SUIVI

Les commissions paritaires de suivi des deux Accords de Groupe se réunissent au moins deux fois par an. Elles examinent les résultats des régimes. Elles décident des mesures permettant de maintenir l'équilibre financier des régimes. Elles étudient et proposent des évolutions et adaptations pour optimiser le dispositif.

PLUS D'INFORMATIONS SUR
ma PRÉVOYANCE by SAFRAN

www.maprevoyancebysafran.fr
mot de passe : SAFRANPREV09

1.2 BÉNÉFICIAIRES

Tous les salariés des sociétés du Groupe et leur famille bénéficient de ma PRÉVOYANCE by SAFRAN sans délai de carence.

	RÉGIME INCAPACITÉ - INVALIDITÉ - DÉCÈS	MA PRÉVOYANCE SANTÉ	MA PRÉVOYANCE SANTÉ +	RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS
POPULATION CONCERNÉE	Salariés	• Salariés • Ayants droit*	• Salariés • Ayants droit*	Salariés
MODE D'ADHÉSION	Obligatoire**	Obligatoire sauf cas particuliers	Facultatif	• Obligatoire pour la vie professionnelle • Facultatif pour la vie privée

*Ayants droit : conjoint et enfants

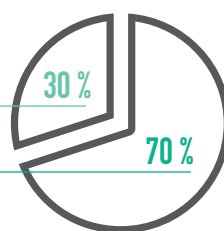
**Les salariés à temps partiel peuvent souscrire une option facultative leur permettant d'obtenir de meilleures garanties

2. RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

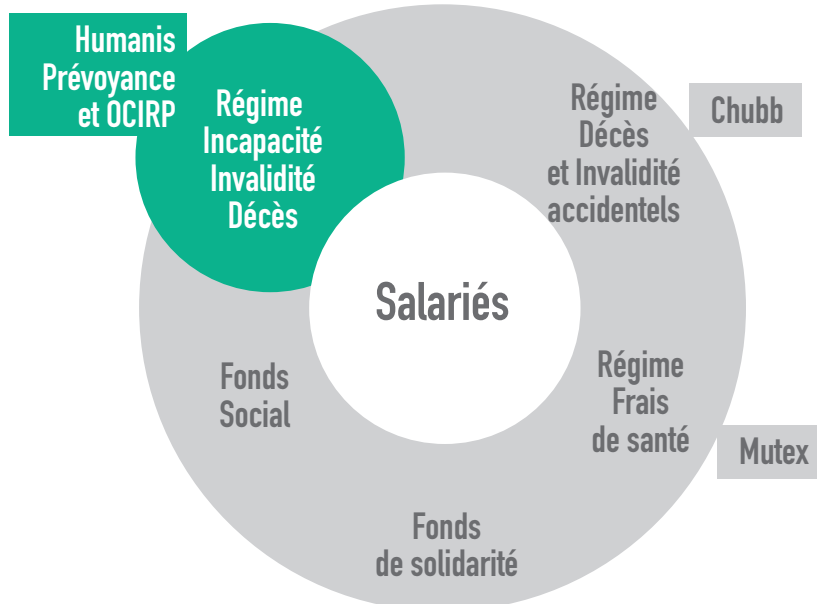
En complément de l'indemnisation prévue par la Sécurité sociale, le régime Incapacité-Invalidité-Décès apporte une aide financière en cas d'arrêt de travail de longue durée ou de décès. L'assurance de ces risques est confiée à l'Institution Humanis Prévoyance et à l'OCIRP; la gestion de ce régime est confiée à Vivinter (Siaci Saint-Honoré).

Salariés

Sociétés de Safran



FINANCEMENT
DU RÉGIME



2.1 GARANTIES

Maladie, accident... vous pouvez vous trouver dans l'obligation d'interrompre ou de réduire votre activité professionnelle. ma PRÉVOYANCE by SAFRAN est conçue pour pallier les conséquences sur votre rémunération d'un arrêt de travail qui se prolongerait.

A. Incapacité temporaire de travail

En cas d'arrêt de travail prescrit par un médecin, la Sécurité sociale vous verse des indemnités journalières (à partir du 4^e jour d'arrêt pour maladie). Conformément à la convention collective, votre entreprise complète ces indemnités pour vous garantir 100 % de votre salaire pendant une période qui varie au regard de votre statut et de votre ancienneté.

Ensuite, dès que vous ne percevez plus la totalité de votre salaire, les garanties de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN** prennent le relais et viennent compléter les indemnités de la Sécurité sociale et celles versées par votre entreprise.

Si vous n'avez pas l'ancienneté requise pour bénéficier de l'indemnisation prévue par la convention collective, les garanties de la Prévoyance Groupe interviendront à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu.

Ces garanties s'appliquent tant que la Sécurité sociale vous verse des indemnités journalières d'incapacité de travail, c'est-à-dire pendant trois ans au maximum. En fonction de votre état de santé, la Sécurité sociale peut décider de reconnaître votre invalidité permanente. Dans ce cas, vos garanties seront celles figurant en page 8.

Les charges sociales applicables au salaire étant supérieures à celles applicables aux indemnités de prévoyance, il est institué des niveaux de garanties en pourcentage du salaire brut qui diffèrent selon l'existence ou non d'un maintien partiel de salaire par l'employeur.

Les garanties en cas d'arrêt de travail comme en cas de décès sont fonction du salaire annuel brut que vous percevez. Si vous êtes à temps partiel, le salaire annuel brut pris en compte est celui qui vous est versé dans le cadre de votre temps partiel.

Vous avez désormais la possibilité, en souscrivant à une option facultative spécifique, de cotiser sur le salaire que vous auriez perçu si vous aviez travaillé à temps plein, ce qui vous permet d'obtenir de meilleures garanties.



BRUT OU NET ?

Les indemnités et les rentes versées se substituent à votre salaire. Elles font par conséquent l'objet de prélèvements sociaux. Toutefois, ces prélèvements sont moins élevés que ceux appliqués à votre salaire. Ainsi, lorsque **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN** vous garantit 85 % de votre salaire brut, cela revient à garantir près de 90 % de votre salaire net.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE	GARANTIES EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT*	
	En cas de maintien partiel dU salaire par l'employeur	EN L'ABSENCE de maintien partiel dU salaire par l'employeur
Salarié sans enfant à charge	84 %	80 %
Salarié avec 1 enfant à charge ou plus	89 %	85 %

* y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et dans la limite de 100 % du salaire net.

B. Invalidité permanente

L'invalidité permanente est l'impossibilité pour un salarié d'exercer une activité ou un travail identique à celui qu'il exerçait avant la maladie ou l'accident. C'est le médecin conseil de la Sécurité sociale qui reconnaît l'état d'invalidité, définit la catégorie d'invalidité et la notifie à l'intéressé.

À la différence de l'incapacité temporaire de travail durant laquelle la Sécurité sociale et les assureurs versent des indemnités journalières, l'invalidité entraîne le versement de rentes.

La garantie de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN** vous permet de bénéficier d'une rente qui s'ajoute à la pension versée par la Sécurité sociale, et au salaire partiel d'activité en cas d'invalidité 1^{ère} catégorie. Elle est versée tant que la Sécurité sociale verse la pension d'invalidité et au plus tard jusqu'à la liquidation de la retraite.

INVALIDITÉ PERMANENTE	GARANTIES EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT*		
	1 ^{re} catégorie	2 ^e catégorie	3 ^e catégorie
Salarié sans enfant à charge	48 %	80 %	85 %
Salarié avec 1 enfant à charge ou plus	52 %	85 %	90 %

* y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et dans la limite de 100 % du salaire net.

LES 3 CATÉGORIES D'INVALIDITÉ

La Sécurité sociale distingue trois catégories d'invalidité :

1^{ère} catégorie :

assuré invalide capable d'exercer une activité réduite rémunérée

2^e catégorie :

assuré invalide incapable d'exercer une activité rémunérée

3^e catégorie :

assuré invalide incapable d'exercer une activité rémunérée et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne

ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

Lorsque l'invalidité fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la Sécurité sociale ne définit plus une catégorie d'invalidité mais un taux d'incapacité permanente fonction de la gravité des séquelles.

La rente d'invalidité de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN** dépend dans ce cas de ce taux d'incapacité permanente.

C. Invalidité absolue et définitive

Lorsqu'il est prouvé que vous êtes dans l'impossibilité totale et irréversible d'exercer une activité professionnelle et que, de plus, vous avez l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, l'état d'invalidité absolue et définitive est constaté.

Dans cette situation, vous pouvez demander que vous soit versé, par anticipation, le capital décès majoré (Formule 1 - voir page 9). Si vous êtes célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e), un minimum de 400 % du salaire annuel brut sera appliqué.

Si votre invalidité absolue et définitive est consécutive à un accident (tel que défini en page 10), le versement par anticipation inclut le capital supplémentaire prévu en cas de décès accidentel et calculé sur la Formule 1 (voir page 9).

Vous percevrez également le capital prévu dans le cadre de l'accord relatif aux garanties Décès et Invalidité accidentels si l'accident est intervenu durant la vie professionnelle (soit 425 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale). S'il s'agit d'un accident de la vie privée, ce capital vous sera versé à condition d'avoir souscrit l'option correspondante.

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	GARANTIES EN % DU SALAIRE ANNUEL BRUT
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	400 %
Marié, sans enfant à charge	325 %
Assuré célibataire, veuf, divorcé ayant un enfant à charge	400 %
Assuré marié ayant un enfant à charge	450 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire	+ 125 %



D. Décès

En matière de décès, ma **PRÉVOYANCE by SAFRAN** propose quatre formules adaptées à chaque situation. Vous pouvez ainsi choisir le versement d'un capital seul, fonction de votre situation de famille, ou préférer un capital forfaitaire réduit et faire bénéficier votre conjoint et/ou vos enfants de rentes.

Les garanties des quatre formules ci-dessous sont exprimées en % du salaire annuel brut.

FORMULE 1 CAPITAL DÉCÈS MAJORÉ	
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge	250 %
Marié, sans enfant à charge	325 %
Assuré célibataire, veuf, divorcé ayant un enfant à charge	375 %
Assuré marié ayant un enfant à charge	450 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire	+ 125 %

FORMULE 2 CAPITAL DÉCÈS RÉDUIT + RENTE ÉDUCATION	
Capital	190 %
+ Rente éducation :	+
enfant de 0 à 11 ans	15 %
enfant de 12 à 18 ans	20 %
enfant de 19 à 21 ans*	25 %

FORMULE 3 CAPITAL DÉCÈS RÉDUIT + RENTE DE CONJOINT	
Capital	190 %
+ Rente de conjoint viagère	+ 0,50 % x (65 - A**)
+ Rente de conjoint temporaire	+ 0,25 % x (A** - 25)

FORMULE 4 CAPITAL DÉCÈS RÉDUIT + RENTE ÉDUCATION + RENTE DE CONJOINT	
Capital	190 %
+ Rente éducation :	+
enfant de 0 à 11 ans	8 %
enfant de 12 à 18 ans	10 %
enfant de 19 à 21 ans*	12 %
+ Rente de conjoint viagère	+ 0,35 % x (65 - A**)
+ Rente de conjoint temporaire	+ 0,25 % x (A** - 25)

RENTE TEMPORAIRE :

rente versée jusqu'à la date de l'obtention de la pension de réversion du ou des régimes de retraite complémentaire (ARRCO et/ou AGIRC).

RENTE VIAGÈRE :

rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

LOI ECKERT :

conformément à la loi Eckert, le capital décès sera revalorisé à partir du lendemain du jour du décès jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation. Les pièces justificatives doivent être demandées par l'assureur dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de décès.

Humanis verse le capital ou la rente garantis au bénéficiaire à compter de la réception des pièces dans un délai d'un mois. À défaut, des pénalités de retard sont dues.

À NOTER

Quel que soit le bénéficiaire du capital décès, la majoration du capital pour enfant à charge bénéficie à l'enfant qui en justifie l'attribution.

*26 ans si études supérieures - ** A : âge du salarié au moment du décès

Décès accidentel

Par "accidentel", il faut comprendre une atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Pour bénéficier de la garantie de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN**, le décès doit intervenir dans les 12 mois, de date à date, qui suivent l'accident.

Sont par exemple exclus de cette définition le suicide ou la tentative de suicide, les tremblements de terre, la participation à des courses ou concours impliquant une prise de risques inconsidérés et tout accident au cours duquel le participant se trouvait sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants à des taux égaux ou supérieurs à ceux autorisés par la loi.

DÉCÈS ACCIDENTEL

Régime
Incapacité-Invalidité-Décès

+ 50 % du capital décès
et de la rente éducation
(si elle a été choisie)

En complément de ce capital décès, le régime Décès et Invalidité accidentels prévoit, sous certaines conditions, un capital supplémentaire (voir page 13).

Décès simultané ou postérieur du conjoint

Si le conjoint décède simultanément ou postérieurement à l'assuré en ayant un ou plusieurs enfants à charge issus de son mariage, de son PACS ou de son concubinage, un second capital sera versé et partagé entre les enfants à charge.

DÉCÈS DU CONJOINT AYANT DES ENFANTS À CHARGE, SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUREMENT AU DÉCÈS DU SALARIÉ

Versement aux enfants à charge,
d'un capital supplémentaire égal à 100 %
du capital majoré (Formule 1 - voir page 9)

Frais d'obsèques

A compter du 1^{er} janvier 2018, l'allocation Frais d'obsèques ne sera versée qu'en cas de décès d'un conjoint ou d'un enfant de plus de 12 ans. Les salariés confrontés au décès d'un enfant de moins de 12 ans conservent la possibilité de soumettre un dossier auprès du fonds social Safran qui intervient en complément des aides qui peuvent être apportées par d'autres fonds sociaux (ceux des mutuelles gestionnaires, de Humanis Prévoyance, et de l'Ocirp ou encore d'autres organismes sociaux).

La Commission sociale étudiera les demandes selon ses règles de fonctionnement.

Le montant de l'allocation n'excédera pas le montant des frais réellement engagés et sera au maximum égal à 100 % du montant du Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès (soit 3 311 € en 2018).

EXCLUSIONS

Pour une information plus complète sur les cas pour lesquels les garanties ne s'appliquent pas, consultez la notice d'information Incapacité-Invalidité-Décès.



2.2 MODALITÉS D’AFFILIATION

Qui choisit la formule ?

Le salarié

Vous pouvez décider vous-même de la formule qui devra être retenue en cas de décès. Vous pouvez faire ce choix soit lors de votre affiliation au régime, soit ultérieurement, par simple lettre ou par lettre recommandée adressée au gestionnaire Vivinter (SIACI SAINT-HONORÉ), au 1^{er} janvier de chaque année ou lors d'un changement de situation de famille.

Le bénéficiaire

Vous pouvez également décider de laisser ce choix au(x) bénéficiaire(s), au moment du décès. Par défaut, lorsqu'aucune formule n'aura été choisie préalablement au décès, le choix sera effectué par le(s) bénéficiaire(s).

Qui bénéficie du capital ?

Les personnes bénéficiaires du capital décès sont déterminées, dans l'ordre de priorité du schéma suivant :



Si vous ne souhaitez pas que le capital soit attribué selon cette règle, vous pouvez désigner la ou les personnes que vous souhaitez voir bénéficier du capital en complétant le formulaire “Désignation de bénéficiaires” que vous trouverez joint en annexe. Ce formulaire est à adresser par lettre simple ou par lettre recommandée au gestionnaire Vivinter (SIACI SAINT-HONORÉ).

ATTENTION : le bulletin de désignation de bénéficiaires n'est valable que pour ce régime. Un bulletin de désignation de bénéficiaires spécifique au régime Décès et Invalidité accidentels géré par DIOT doit également être complété.

Comment souscrire au régime optionnel pour les salariés à temps partiel ?

À l'occasion de votre passage à temps partiel, votre service Ressources humaines vous proposera systématiquement ce régime optionnel. Vous aurez trois mois pour exprimer votre choix en retournant le bulletin d'adhésion signé.

ATTENTION : si vous ne souscrivez pas l'option dans les délais impartis, votre choix devient irrévocable, pour toute la durée de votre temps partiel. Une dérogation est toutefois autorisée si vous changez votre taux d'activité, par exemple si vous passez de 80 % à 50 %. La résiliation de l'option est possible à tout moment. Il vous suffit de retourner le bulletin de radiation signé et complété.

VOTRE SITUATION CHANGE ?

Vous pouvez décider ultérieurement de modifier la formule choisie ou le bénéficiaire du capital décès, notamment si votre situation familiale change.

Adressez dans ce cas à SIACI SAINT-HONORÉ un nouveau formulaire (que vous trouverez auprès de votre service Ressources humaines).

NB : n'oubliez pas de changer également la désignation de bénéficiaires auprès du gestionnaire DIOT (voir page 14).

CONJOINT

Sont assimilés au conjoint marié :

- le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- le concubin à condition que le concubinage soit notoire et constant : une durée d'au moins trois ans sans lien matrimonial de part et d'autre et une justification de domicile commun durant cette période. En cas de naissance d'un enfant, la durée de trois ans ne sera pas exigée.

ENFANTS À CHARGE

Vos enfants sont considérés à votre charge si vous en assurez la garde ou si vous participez à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire.

De même, les enfants légitimes, reconnus ou adoptifs de votre conjoint, partenaire ou concubin non séparé judiciairement, sont considérés à votre charge si celui-ci en a la garde.

2.3 DÉMARCHES

Retrouvez les démarches à accomplir en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès page 15.

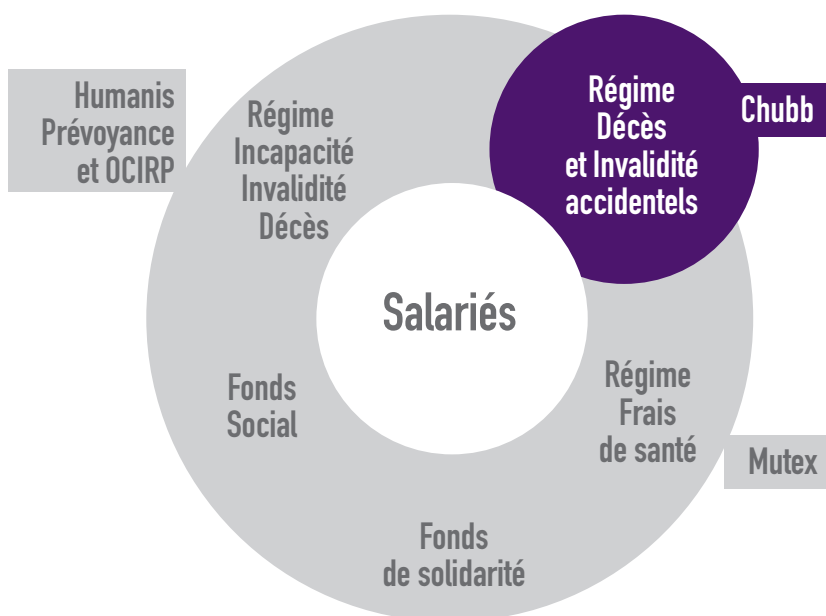
3. RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

En complément de l'indemnisation prévue par la Sécurité sociale, des prestations versées dans le cadre du régime Incapacité-Invalidité-Décès de Safran et de toute autre garantie qui aurait pu être souscrite par ailleurs, le régime Décès et Invalidité accidentels apporte une aide financière supplémentaire en cas d'accident survenu dans le cadre de la vie professionnelle (et en cas d'accident de la vie privée si l'option a été souscrite). L'assurance de ces risques est confiée à Chubb. La gestion de ce régime est confiée à DIOT.

Sociétés de Safran

100 %

FINANCEMENT
DU RÉGIME
OBLIGATOIRE



3.1 GARANTIES

Le régime Décès et Invalidité accidentels du Groupe comporte un régime obligatoire de base et une option :

- **Les garanties du régime obligatoire sont versées en cas d'accident survenu au cours de votre vie professionnelle. Il couvre obligatoirement l'ensemble des salariés du Groupe.**
- **Les garanties du régime optionnel étendent cette couverture aux accidents survenus au cours de votre vie privée.**

A. Invalidité accidentelle

L'invalidité est, pour l'allocation de ces garanties, définie comme la réduction définitive, totale ou partielle, de certaines fonctions physiques, intellectuelles et/ou psychosensorielles.

Si l'invalidité est consécutive à un accident survenu au cours de la vie professionnelle, vous avez droit au versement d'un capital forfaitaire égal au maximum à 425 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale (soit au maximum 168 861 € pour 2018) abattu en fonction du taux d'invalidité fixé par l'assureur*.

La même indemnité est due lorsque l'invalidité est consécutive à un accident survenu au cours de la vie privée, à condition que l'option correspondante ait été souscrite.

Le montant du capital est déterminé en fonction du taux d'invalidité fixé par l'assureur.

*Ce taux est indépendant du taux d'invalidité déterminé par le médecin conseil de la Sécurité sociale.

EXEMPLE

Si votre taux d'invalidité est fixé par l'assureur à 40 %, vous percevrez une indemnité égale à 40 % du capital forfaitaire : $40 \% \times 425 \% = 170 \% \text{ du PASS (soit } 67\,544,40 \text{ €).}$

B. Décès accidentel

Si le décès est consécutif à un accident survenu au cours de la vie professionnelle, vos ayants droit bénéficient du versement d'un capital forfaitaire égal à : **425 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale (soit 168 861 € pour 2018).**

La même indemnité est due lorsque le décès est consécutif à un accident survenu au cours de la vie privée, à condition que l'option correspondante ait été souscrite.

C. Garanties complémentaires

Le contrat conclu avec Chubb prévoit une **garantie complémentaire en cas d'accident vasculaire cérébral, rupture d'anévrisme cérébral, accident cardiaque, infarctus du myocarde en déplacement professionnel.** Le montant du capital versé est au maximum de 50 % du capital décès.

↘ VIE PROFESSIONNELLE

Période pendant laquelle, sous l'autorité et la subordination de son employeur, l'assuré exécute son contrat de travail au temps et au lieu de celui-ci. Les accidents survenant au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail sont considérés comme des accidents de la vie professionnelle.

↘ VIE PRIVÉE

Ensemble des périodes de la journée ne correspondant pas à la vie professionnelle.

↘ ACCIDENT

Lésion corporelle ou trouble psychique occasionné contre la volonté de l'assuré par l'action fortuite et soudaine d'une force extérieure. Par extension, les maladies tropicales sont également couvertes.



EXCLUSIONS

Pour une information plus complète sur les cas pour lesquels les garanties ne s'appliquent pas, consultez la notice d'information Garanties décès et invalidité accidentels.

3.2 MODALITÉS D’AFFILIATION

A. Qui bénéficie du capital en cas de décès ?

Les personnes bénéficiaires du capital décès sont déterminées dans l'ordre de priorité du schéma suivant :

Conjoint
ou
assimilé

Grands-
parents
à parts
égales

À défaut,
héritiers

Si vous ne souhaitez pas que le capital soit attribué selon cette règle, vous pouvez désigner la ou les personnes que vous souhaitez voir bénéficier du capital en complétant un bulletin de désignation de bénéficiaire. Ce formulaire est à adresser par courrier au gestionnaire DIOT.

Le montant du capital est déterminé en fonction du taux d'invalidité fixé par l'assureur.

ATTENTION : le bulletin de désignation de bénéficiaires n'est valable que pour ce régime. Un bulletin de désignation de bénéficiaires spécifique au régime Incapacité-Invalidité-Décès géré par Vivinter doit également être complété.

B. Comment souscrire l'option "vie privée" ?

Vous pouvez décider d'adhérer à l'option et ainsi être couvert pour les accidents de la vie privée au moment de votre embauche en cochant la case correspondante sur le bulletin d'adhésion à retourner à votre service Ressources humaines.

Vous pouvez modifier ce choix à tout moment, que ce soit pour souscrire ou résilier l'option. Cette modification s'effectue au moyen du bulletin de modification, à retourner à votre service Ressources humaines.

La modification sera prise en compte le premier jour du mois suivant la demande.

CONJOINT

Sont assimilés au conjoint marié :

- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- Le concubin à condition que le concubinage soit notoire et constant, justifié par une durée d'au moins trois ans sans lien matrimonial de part et d'autre et par un domicile commun durant cette période. Cependant, ce délai n'est pas nécessaire en cas de naissance d'un enfant.

VOTRE SITUATION CHANGE ?

Vous pouvez décider ultérieurement de modifier le bénéficiaire de votre capital décès, notamment si votre situation familiale change. Adressez dans ce cas au gestionnaire DIOT un nouveau formulaire que vous trouverez auprès de votre service Ressources humaines ou sur le site www.maprevoyancebysafran.fr, dans la rubrique "documents à télécharger". NB : n'oubliez pas de changer également la désignation de bénéficiaires auprès de VIVINTER.

3.3 DÉMARCHES

Quelles sont les démarches à effectuer dans le cadre des régimes Incapacité-Invalidité-Décès et Décès et Invalidité accidentels ?

A. Que faire en cas d'arrêt de travail ?

Vous devrez informer votre entreprise dans les plus brefs délais et envoyer votre arrêt de travail sous 48 h à votre service Ressources humaines et à votre centre de Sécurité sociale, ainsi que toutes les éventuelles prolongations ultérieures. Si les garanties de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN** entrent en jeu, votre service Ressources humaines assurera la constitution du dossier en lien avec le gestionnaire VIVINTER.

B. Que faire en cas d'invalidité ?

Pour bénéficier des garanties du régime Incapacité-Invalidité-Décès

Vous devrez adresser une copie de la notification par la Sécurité sociale de votre rente d'invalidité à votre service Ressources humaines. Celui-ci pourra ainsi demander au gestionnaire VIVINTER de vous verser la rente complémentaire qui vous parviendra tous les trimestres, à terme échu.

Pour bénéficier des garanties du régime Décès et Invalidité accidentels

En cas d'invalidité consécutive à un accident et dès lors que votre arrêt de travail dépasse trois mois, vous devez vous rapprocher de votre service Ressources humaines. Ce dernier complète avec vous le formulaire de déclaration et l'adressera au gestionnaire DIOT.

C. Que faire en cas de décès ?

Pour bénéficier des garanties du régime Incapacité-Invalidité-Décès

Pour bénéficier des garanties (capital et/ou rentes), les bénéficiaires devront s'adresser au gestionnaire VIVINTER (voir rubrique contacts page 34) ou à votre service Ressources humaines. Dans tous les cas, dès que le gestionnaire aura été informé par l'entreprise de votre décès, il recherchera



le(s) bénéficiaire(s) et se mettra en contact avec eux afin de constituer le dossier.

À cette occasion, si le choix de la formule avait été laissé au bénéficiaire, il sera proposé des simulations chiffrées afin que le bénéficiaire puisse prendre une décision sur la base d'éléments concrets.

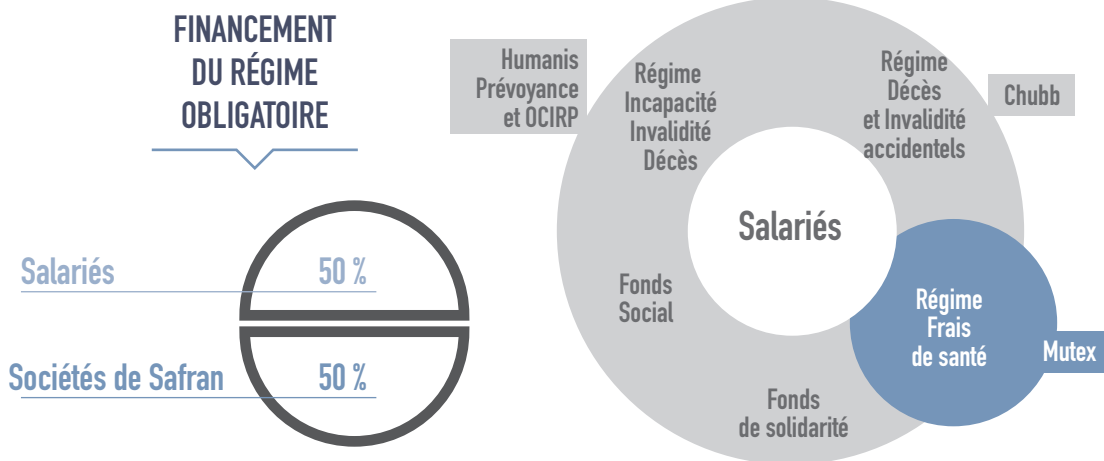
Pour bénéficier des garanties du régime Décès et Invalidité accidentels

En cas de décès accidentel, vos ayants droit doivent se rapprocher de votre service Ressources humaines afin d'établir le formulaire de déclaration.

Le service RH l'adressera au gestionnaire DIOT.

4. RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

En complément des remboursements de la Sécurité sociale, le régime Frais de santé respecte les exigences réglementaires en matière de remboursement et de non-remboursement et peut ainsi être qualifié de "contrat responsable". Cela permet notamment aux salariés de bénéficier de la déductibilité sociale et fiscale des cotisations. L'assurance de ces risques est confiée à Mutex et, pour plus de proximité avec les bénéficiaires, la gestion est assurée par un réseau de mutuelles locales, fédérées par cette Union (voir en page 34).



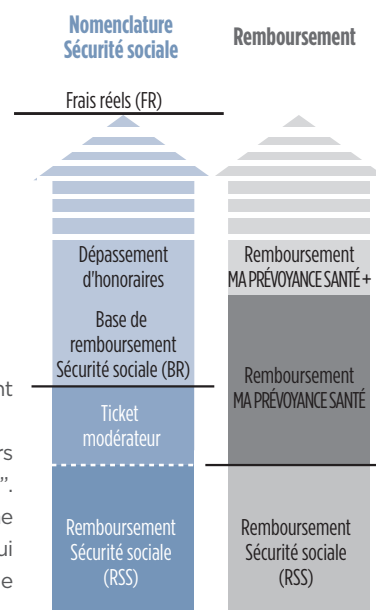
4.1 GARANTIES

A. Comprendre les garanties

Deux niveaux de remboursements possibles

Le régime de Prévoyance Groupe comporte, en matière de remboursement de soins de santé, un **régime obligatoire** et un **régime optionnel**.

- Les garanties du régime obligatoire pour tous les salariés du Groupe et leurs ayants droit (conjoint et enfants), sont intitulées "MA PRÉVOYANCE SANTÉ".
- Les garanties du régime obligatoire complétées par celles du régime optionnel sont intitulées "MA PRÉVOYANCE SANTÉ +". Les salariés qui auront choisi de souscrire l'option bénéficieront de niveaux de remboursements améliorés, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit.



Le calcul des remboursements

La Sécurité sociale définit, pour chaque type de prestation de santé, une Base de remboursement (BR) qui sert de référence pour le calcul de ses remboursements (RSS). Les garanties Frais de santé de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN** s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale.

Elles sont exprimées, selon les cas :

- soit en % de cette même Base de remboursement (**BR**),
- soit en % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (**PMSS**) (3 311 € pour 2018),
- soit en % des Frais réels (**FR**), qui sont les dépenses réelles totales engagées pour la prestation.

La somme des remboursements que vous pourrez obtenir ne pourra excéder le montant des dépenses réelles que vous avez engagées et des plafonds d'indemnisation fixés par la réglementation.

Les grilles de garanties de votre régime Frais de santé font apparaître séparément le remboursement du ticket modérateur (TM) et des dépassements d'honoraires (c'est-à-dire la part supérieure au ticket modérateur) : le montant global remboursé par le régime de prévoyance est la somme de ces deux composantes.

QU'EST-CE QUE L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ?

Auparavant appelé contrat d'accès au soin (CAS), l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux de secteur 2. Des praticiens de secteur 1 peuvent aussi, sous certaines conditions, y adhérer. Le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ne fait l'objet d'aucune limitation par le décret.

Le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO est plafonné. L'objectif est de limiter la part des consultations dépassant les bases de remboursement de la Sécurité sociale. En contrepartie de certains avantages (cotisations sociales allégées, actes revalorisés...), les médecins adhérents s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés.

QUELS SONT LES AVANTAGES DE L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE ?

Non seulement les patients ont accès à des honoraires libres "gelés" pendant trois ans, mais ils sont mieux remboursés par l'Assurance maladie.

B. Le niveau des garanties

Médecine générale, soins dentaires, optique... découvrez en détail les garanties dont vous bénéficierez à compter du 1^{er} janvier 2018. Et pour mieux comprendre les différents niveaux de remboursement, consultez les exemples page 18.

EN SAVOIR PLUS

Consultez :

- Le site www.ameli.fr, rubrique "Soins et remboursements", pour connaître la Base de remboursement pour un type d'acte ou de soin médical ainsi que le niveau de prise en charge de la Sécurité sociale.
- Le service en ligne "annuaire santé" d'ameli.fr pour rechercher un professionnel de santé.



NATURE DES GARANTIES	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE	MA PRÉVOYANCE SANTÉ (hors remboursement Ss)		MA PRÉVOYANCE SANTÉ + (hors remboursement Ss)	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires
Consultation généraliste OPTAM	70 % BR	90 % BR	TM	70 % BR	TM	120 % BR
Consultation généraliste HORS OPTAM	70 % BR	90 % BR	TM	50 % BR	TM	100 % BR
Consultation spécialiste OPTAM, OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	TM	120 % BR	TM	220 % BR
Consultation spécialiste HORS OPTAM, OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	TM	100 % BR	TM	100 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgie OPTAM, OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	TM	120 % BR	TM	220 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgie HORS OPTAM, OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	TM	100 % BR	TM	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	TM	60 % BR	TM	60 % BR
Radiologie OPTAM	70 % BR	90 % BR	TM	70 % BR	TM	70 % BR
Radiologie HORS OPTAM	70 % BR	90 % BR	TM	50 % BR	TM	50 % BR
Analyses laboratoires	60 % BR	90 % BR	TM	60 % BR	TM	60 % BR
Pharmacie	100 % / 65 % / 30 % / 15 % BR	100 % / 90 % / 80 % / 15 % BR	TM	-	TM	-

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement CAS) - OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket modérateur. Le niveau de prise en charge de la Sécurité sociale varie en fonction du régime, le régime local d'Alsace-Moselle remboursant en général une part plus importante de cette base.

Principes de remboursement pour une consultation de spécialistes secteur 2 (dans le respect du parcours de soins sur avis du médecin traitant)

• **Pour les actes de spécialistes secteur 2 adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée**, la Base de Remboursement (BR) est de 30 €. La Sécurité sociale (Ss) rembourse 70 % de cette base - 1 € de participation forfaitaire non remboursée soit $30 \text{ €} \times 70 \% - 1 \text{ €} = 20 \text{ €}$.

En complément :

MA PRÉVOYANCE SANTÉ prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (soit $30 \% \times 30 \text{ €} = 9 \text{ €}$) et les dépassements d'honoraires jusqu'à 120 % de la BR (soit $120 \% \times 30 = 36 \text{ €}$), pour un total de $30 \text{ €} \times 150 \% = 45 \text{ €}$ au maximum.

MA PRÉVOYANCE SANTÉ + prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (soit $30 \% \times 30 \text{ €} = 9 \text{ €}$) et les dépassements d'honoraires jusqu'à 220 % de la BR (soit $220 \% \times 30 \text{ €} = 66 \text{ €}$), pour un total de $30 \text{ €} \times 250 \% = 75 \text{ €}$ au maximum.

Base de remboursement applicable au 1er janvier 2018.

• **Pour les actes de spécialistes secteur 2 non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)**, la Base de Remboursement (BR) est de 23 €. La Sécurité sociale (Ss) rembourse 70 % de cette base - 1 € de participation forfaitaire non remboursée soit $23 \text{ €} \times 70 \% - 1 \text{ €} = 15,10 \text{ €}$.

En complément :

MA PRÉVOYANCE SANTÉ ET MA PRÉVOYANCE SANTÉ + prennent en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (soit $30 \% \times 23 \text{ €} = 6,90 \text{ €}$) et les dépassements d'honoraires jusqu'à 100 % de la BR (soit $100 \% \times 23 = 23 \text{ €}$), pour un total de $23 \text{ €} \times 130 \% = 29,90 \text{ €}$ au maximum.

Attention : ces bases de remboursement sont applicables jusqu'au 30 juin 2018.

Exemple : consultations de spécialistes secteur 2 (voir lexique)

Cet exemple concerne les consultations de spécialistes secteur 2 réalisées dans le respect du parcours sur avis du médecin traitant.

			MA PRÉVOYANCE SANTÉ			MA PRÉVOYANCE SANTÉ +		
Spécialistes secteur 2	Frais réels	Remboursement Ss	Remboursement mutuelle	Remboursement Ss + mutuelle	Reste à charge	Remboursement mutuelle	Remboursement Ss + mutuelle	Reste à charge
Médecin adhérent à l'OPTAM	70 €	20 €	45 € (9 € + 36 €)	65 €	5 €	49 €	69 €	1 €
Médecin non adhérent à l'OPTAM	70 €	15,10 €	29,90 € (6,90 € + 23 €)	45 €	25 €	29,90 €	45 €	25 €

N.B. : les exemples présentés sont développés sur la base des données du régime général de la Sécurité sociale au 1er janvier 2018 - Ss : Sécurité sociale.

ACTES DENTAIRES

Depuis le 1^{er} juin 2014 un nouveau codage des actes dentaires est entré en vigueur : la CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire).

La CCAM dentaire décrit un plus grand nombre d'actes que l'ancienne nomenclature mais ne remet pas en cause la prise en charge par l'Assurance maladie et par le régime **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN**.

La notion d'acte hors nomenclature (HN) disparaît : on parle d'acte non remboursable (NR) ou non pris en charge par l'Assurance maladie.

NATURE DES GARANTIES	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE	MA PRÉVOYANCE SANTÉ (HORS REMBOURSEMENT SS)		MA PRÉVOYANCE SANTÉ + (HORS REMBOURSEMENT SS)	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires
DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Soins (ATM, AXI, END, SDE, TDS)	70 %	90 %	TM	70 %	TM	120 %
Inlay-Onlay (INO)	70 %	90 %	TM	90 %	TM	140 %
Prothèses (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)*	70 %	90 %	TM	459,33 %**	TM	553,52 %**
Orthodontie	100 %	100 %	-	250 %	-	350 %
DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Implants-Pilier (IMP)	-	-	-	FR dans la limite de 650 €/dent. Prise en charge totale limitée à 2 dents par an avec possibilité d'avance sur 4 ans pour 8 dents en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.	-	FR dans la limite de 700 €/dent. Prise en charge totale limitée à 2 dents par an avec possibilité d'avance sur 4 ans pour 8 dents en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.
Prothèses provisoires (PDT)	-	-	-	50 € / prothèse	-	50 € / prothèse
Prothèses (PFC, RPN)	-	-	-	350 %*	-	450 %*
Parodontologie (TDS)	-	-	-	100 % FR dans la limite de 250 € / an / bénéficiaire	-	100 % FR dans la limite de 250 € / an / bénéficiaire

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais réels - TM : Ticket modérateur - * BR reconstituée - ** Le pourcentage de BR est indexé sur l'évolution du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Principes de remboursement des prothèses dentaires

Les prothèses dentaires sont prises en charge par la Sécurité sociale si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité. La base de remboursement d'une couronne est fixée à 107,50 €. La sécurité sociale rembourse 70 % de cette base, soit **75,25 €**.

En complément :

MA PRÉVOYANCE SANTÉ prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (soit 30 % x 107,50 € = 32,25 €) et les dépassements d'honoraires jusqu'à **459,33 % de la BR** (soit 459,33 % x 107,50 € = 493,77 €), pour un total de 489,33 % x 107,50 € = **526 €**.

MA PRÉVOYANCE SANTÉ + prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (soit 30 % x 107,50 € = 32,25 €) et les dépassements d'honoraires jusqu'à **553,52 % de la BR** (soit 553,52 % de la BR x 107,50 € = 595 €), pour un total de 583,52 % x 107,50 € = **627,28 €**.

Exemple : remboursement des prothèses dentaires

Frais réels	Remboursement Ss	MA PRÉVOYANCE SANTÉ			MA PRÉVOYANCE SANTÉ +		
		Remboursement mutuelle	Remboursement Ss + mutuelle	Reste à charge	Remboursement mutuelle	Remboursement Ss + mutuelle	Reste à charge
500 €	75,25 €	526 €	601,25 €	98,75 €	627,28 €	700 €	0 €
700 €	75,25 €	424,75 €	500 €	0 €	424,75 €	500 €	0 €

N.B. : les exemples présentés sont développés sur la base des données du régime général de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier 2018 - Ss : Sécurité sociale.

OPTIQUE

Principe de renouvellement des équipements optiques

À partir du 1^{er} janvier 2016, la prise en charge des équipements optiques est limitée à un équipement tous les deux ans. La période de deux ans s'apprécie à partir de la date de l'achat du dernier équipement, composé de deux verres et d'une monture. Le renouvellement dans un délai inférieur à 24 mois ne donnera pas lieu à une prise en charge par la mutuelle sauf exception.

EXCEPTIONS

- Les enfants mineurs et les personnes subissant une évolution de leur vue peuvent se faire rembourser une paire de lunettes tous les ans. L'évolution de la vue doit être justifiée par une correction différente indiquée sur une nouvelle ordonnance d'un ophtalmologue ou sur l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien.
- Les personnes souffrant d'un déficit de la vision de près et d'un déficit de la vision de loin, qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter des verres progressifs (ou "multifocaux"), peuvent obtenir le remboursement de deux paires de lunettes tous les deux ans (l'une corrigeant la vision de près et l'autre corrigeant la vision de loin).

Exemple : optique

Si vous achetez une paire de lunettes (monture et verres) le 31 octobre 2016 et que vous êtes remboursé à ce titre par votre mutuelle, vous ne pourrez vous faire rembourser une nouvelle paire que si vous l'achetez après le 31 octobre 2018.

Pour bénéficier des remboursements complémentaires, assurez-vous d'avoir bien respecté la périodicité de deux ans désormais en vigueur. Vous pouvez à cette fin contacter votre mutuelle pour vous assurer de la date exacte de votre dernier achat d'une paire de lunettes. La Sécurité sociale continue à prendre en charge un équipement tous les ans, cette période s'appréciant en année civile.

NATURE DES GARANTIES		SÉCURITÉ SOCIALE		MA PRÉVOYANCE SANTÉ (HORS REMBOURSEMENT SS)	MA PRÉVOYANCE SANTÉ + (HORS REMBOURSEMENT SS)
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	Total Remboursement complémentaire	Total Remboursement complémentaire
Verre blanc simple sphérique	sphère de - 6,00 à + 6,00	60 % BR	90 % BR	105 €	160 €
	sphère de - 6,25 à - 10,00 ou de + 6,25 à + 10,00			146 €	228 €
	hors zone - 10,00 à + 10,00			227 €	300 €
Verre blanc simple sphéro-cylindrique	cylindre < + 4,00 sphère de - 6,00 à + 6,00	60 % BR	90 % BR	136 €	160 €
	cylindre < + 4,00 sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00			209 €	300 €
	cylindre > + 4,00 sphère de - 6,00 à + 6,00			195 €	285 €
	cylindre > + 4,00 sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00			268 €	300 €
Verre blanc progressif sphérique	de - 4,00 à + 4,00	60 % BR	90 % BR	220 €	300 €
	hors zone - 4,00 à + 4,00			300 €	350 €
Verre blanc progressif sphéro-cylindrique	de - 8,00 à + 8,00	60 % BR	90 % BR	290 €	300 €
	hors zone - 8,00 à + 8,00			350 €	350 €
Monture		60 % BR	90 % BR	150 €	150 €
Lentilles refusées		-	-	8 % PMSS / an / bénéficiaire	10 % PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles acceptées (cas rare)		60 % BR	90 % BR	8 % PMSS / an / bénéficiaire	10 % PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie		-	-	25 % PMSS / œil	25 % PMSS / œil

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, fixé à 3 311 € pour 2018 - Ss : Sécurité sociale.

Principes de remboursement d'une paire de lunettes

Les verres et montures sont remboursés à 60 % par la Sécurité sociale sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction.

À titre d'exemple, la Base de remboursement d'un verre blanc progressif de - 4,00 à + 4,00 dioptries est de 7,32 € pour les adultes. La Sécurité sociale rembourse ainsi 4,39 € par verre (60 % x 7,32 €). La monture fait aussi l'objet d'un remboursement symbolique de 1,70 € pour l'adulte (60 % x 2,84 €).

En complément :

MA PRÉVOYANCE SANTÉ prend en charge 220 € par verre blanc progressif de - 4,00 à + 4,00, soit 220 € x 2 = 440 € pour 2 verres, et 150 € sur une monture, soit **590 €** au maximum.

MA PRÉVOYANCE SANTÉ + prend en charge 300 € par verre blanc progressif de - 4,00 à + 4,00, soit 300 € x 2 = 600 € pour 2 verres, et 150 € sur une monture, soit **750 €** au maximum.

Exemple : remboursement d'une paire de lunettes

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ					MA PRÉVOYANCE SANTÉ +		
	Frais réels	Remboursement Ss	Remboursement mutuelle	Remboursement Ss + mutuelle	Reste à charge	Remboursement mutuelle	Remboursement Ss + mutuelle	Reste à charge
Verres blancs progressifs sphériques - 4,00 à + 4,00	450 €	8,78 €	440 €	448,78 €	1,22 €	441,22 €	450 €	0 €
Monture	160 €	1,70 €	150 €	151,70 €	8,30 €	150 €	151,70 €	8,30 €
Total	610 €	10,48 €	590 €	600,48 €	9,52 €	591,22 €	601,70 €	8,30 €

N.B. : les exemples présentés sont développés sur la base des données du régime général de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier 2018 - Ss : Sécurité sociale.

HOSPITALISATION

NATURE DES GARANTIES	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE	MA PRÉVOYANCE SANTÉ (HORS REMBOURSEMENT SS)		MA PRÉVOYANCE SANTÉ + (HORS REMBOURSEMENT SS)	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires
Frais de séjour / établissement conventionné	80 % BR	100 % BR	TM	380 % BR	TM	480 % BR
Frais de séjour / établissement non conventionné	80 % BR	100 % BR	TM	100 % BR	TM	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux OPTAM, OPTAM-CO	80 % BR	100 % BR	TM	380 % BR	TM	480 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux HORS OPTAM, OPTAM-CO	80 % BR	100 % BR	TM	100 % BR	TM	100 % BR
Forfait hospitalier	-	-	-	100 % FR	-	100 % FR
Chambre particulière	-	-	-	3 % PMSS / j	-	5 % PMSS / j
Lit accompagnant (tous les enfants couverts par le régime)	-	-	-	3 % PMSS / j	-	3 % PMSS / j
Transport en ambulance	65 % BR	90 % / 100 % BR	TM	265 % BR	TM	265 % BR

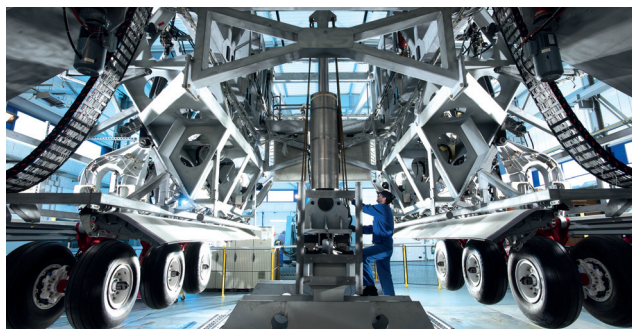
BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement CAS) - OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

FR : Frais réels - j : jour - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, fixé à 3 311 € pour 2018 - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket modérateur.

ZOOM SUR LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

La chambre particulière est un poste de dépense qui peut être important dans le cadre d'une hospitalisation. Elle n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale.

- **MA PRÉVOYANCE SANTÉ** intervient jusqu'à 99,33 € par jour
- **MA PRÉVOYANCE SANTÉ +** intervient jusqu'à 165,55 € par jour



AUTRES PRESTATIONS

NATURE DES GARANTIES	SÉCURITÉ SOCIALE	SÉCURITÉ SOCIALE	MA PRÉVOYANCE SANTÉ (HORS REMBOURSEMENT SS)		MA PRÉVOYANCE SANTÉ + (HORS REMBOURSEMENT SS)	
	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires	Ticket modérateur	Dépassements d'honoraires
Appareils auditifs	60 % BR	90 % BR	TM	610 % BR / prothèse limite : 100 % PMSS / an / prothèse	TM	660 % BR / prothèse limite : 100 % PMSS / an / prothèse
Orthopédie et autres prothèses	60 % BR	90 % BR	TM	460 % BR / prothèse limite : 100 % PMSS / an / prothèse	TM	660 % BR / prothèse limite : 100 % PMSS / an / prothèse
Cures thermales	65 % BR	90 % BR	TM	10 % PMSS	TM	10 % PMSS
Forfait maternité (y compris adoption)	-	-	-	10 % PMSS	-	10 % PMSS
Acte de prévention : substituts nicotiniques (sur prescription médicale et facture)*	150 € / année civile*	150 € / année civile*	*	80 % FR dans la limite de 150 € / an	-	80 % FR dans la limite de 150 € / an
Ostéopathie ou Chiropractie	-	-	-	Prise en charge à concurrence de 4 séances / an / bénéficiaire, sur la base d'un remboursement de 30 € / séance	-	Prise en charge à concurrence de 4 séances / an / bénéficiaire, sur la base d'un remboursement de 30 € / séance
Psychologie, hypnothérapie, sophrologie, diététicien	-	-	-	Prise en charge à concurrence de 4 séances / an / bénéficiaire, sur la base d'un remboursement de 20 € / séance	-	Prise en charge à concurrence de 4 séances / an / bénéficiaire, sur la base d'un remboursement de 20 € / séance
Contraceptifs féminins non pris en charge par la Sécurité sociale (pilule, patch et anneau)	-	-	-	Prise en charge d'un forfait de 50 € / an / bénéficiaire	-	Prise en charge d'un forfait de 50 € / an / bénéficiaire
Système d'autosurveillance glycémique (lecteur de glycémie et réactifs ou dispositifs associés : électrodes, bandelettes ou capteurs) sur prescription médicale**	**	**	**	Prise en charge à concurrence de 250 € / an / bénéficiaire	**	Prise en charge à concurrence de 250 € / an / bénéficiaire

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, fixé à 3 311 € pour 2018 - Ss : Sécurité sociale - TM : Ticket modérateur.

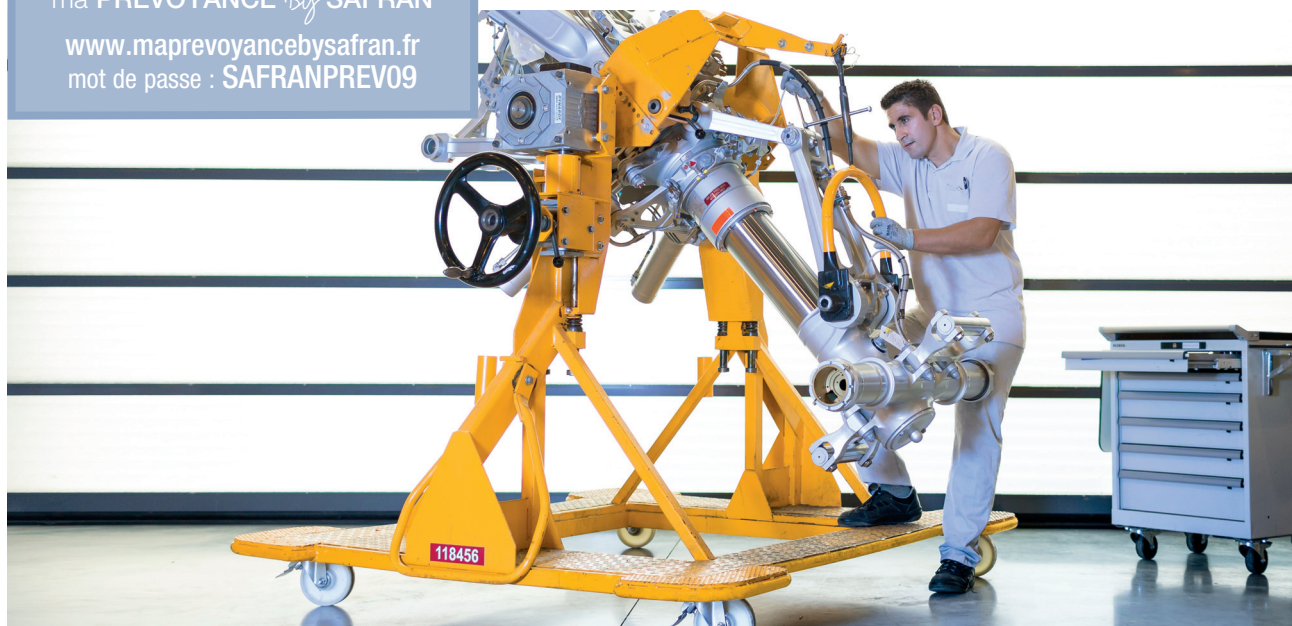
* Le R0 rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 150 euros par année civile et par bénéficiaire.

** Un lecteur de glycémie par prélèvement est remboursable tous les 4 ans en cas de diabète traité par insuline ou de rétinopathie diabétique.

• Un autopiqueur est remboursable tous les ans.

• Le nombre de bandelettes n'est pas limité en cas de diabète traité par insuline. Pour les patients non traités par insuline : les bandelettes sont remboursées à hauteur de 200 bandelettes par an.

PLUS D'EXEMPLES SUR
ma PRÉVOYANCE *by* SAFRAN
www.maprevoyancebysafran.fr
mot de passe : SAFRANPREV09



C. Maîtriser ses dépenses

SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS !

Quels sont les avantages ?

Respecter le parcours de soins, c'est bénéficier de meilleures conditions de remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle. Nous vous conseillons donc de consulter au préalable votre médecin traitant pour tout acte médical, en dehors des exceptions prévues (dentiste, accès direct spécifique à certains spécialistes, cas d'urgence et éloignement). Celui-ci vous orientera si besoin vers un autre médecin.

Que se passe-t-il si vous ne suivez pas le parcours de soins ?

Vous restez libre de choisir le médecin ou la spécialité de votre choix, que ce soit dans le parcours de soins coordonnés ou en dehors.

Cependant, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez un autre médecin sans être orienté par votre médecin traitant, la Sécurité sociale diminuera fortement ses remboursements. Vous pourrez avoir à régler des dépassements d'honoraires plus importants et votre mutuelle ne pourra pas compenser ces pénalités.

N'HÉSITEZ PAS À COMPARER LES PRIX !

Que ce soit pour des soins dentaires, pour des montures ou des verres de lunettes, n'hésitez pas à demander différents devis pour maîtriser au mieux vos dépenses de santé ! Les prix peuvent en effet varier de manière importante selon les praticiens.

En transmettant ces devis à Passerelle Santé, vous saurez précisément le montant qui vous sera remboursé.

PENSEZ AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES!

Les médicaments génériques contiennent un principe actif similaire aux médicaments de marque et ont donc le même effet thérapeutique. L'avantage ? Ils sont 20 à 30 % moins cher. Alors n'hésitez pas à en faire la demande auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien !



L'ACCÈS AUX CENTRES SANITAIRES ET SOCIAUX

Grâce à votre adhésion au régime de Frais de santé de Safran, vous avez accès aux centres d'optique, de santé dentaire et d'appareillage médical des unions départementales des mutuelles.

Consultez le site www.mutualite.fr pour trouver un établissement près de chez vous.

PASSERELLE SANTÉ

Passerelle Santé est une plateforme de services téléphoniques, mise à votre disposition, avec un numéro d'appel spécifique pour les salariés de Safran.

Une équipe de conseillers répond à vos questions et vous conseille sur les professionnels de santé, les maladies, les démarches, le système de soins...

Vous pouvez également lui adresser par email les devis que vous aurez fait établir en dentaire et en optique afin qu'elle les examine et vous donne une appréciation des tarifs proposés par rapport aux prix moyens pratiqués dans votre région.

PASSERELLE SANTÉ SAFRAN :

N° gratuit : 0 805 50 00 20

safran@passerelle-sante.info

VOUS RECHERCHER UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ ET SOUHAITEZ SAVOIR S'IL EST ADHÉRENT À L'OPTAM OU À L'OPTAM-CO ?

Le service en ligne "annuaire-santé" (<http://annuaire.sante.ameli.fr/>) est un annuaire qui recense tous les professionnels de santé de France (Médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes...). Vous pouvez effectuer une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. Vous aurez accès à la liste des médecins, ainsi qu'à leur adresse, le tarif des consultations et l'acceptation ou non de la carte vitale.



4.2 AFFILIATION

A. Quelles sont les modalités d'affiliation ?

1. Remplissez le bulletin individuel d'affiliation joint à cette brochure :

- précisez votre situation et vos ayants droit,
- précisez si vous souhaitez souscrire le régime optionnel et bénéficier ainsi des niveaux de remboursement MA PRÉVOYANCE SANTÉ +.

2. Joignez à ce bulletin les pièces justificatives demandées (voir au verso du bulletin individuel d'affiliation).

VOTRE SITUATION FAMILIALE ÉVOLUE ?

Complétez le bulletin de modification de votre situation de famille et remettez-le à votre service Ressources humaines.

Une nouvelle carte tiers payant vous sera envoyée par votre mutuelle.

VOS COORDONNÉES CHANGENT ?

Signalez au plus tôt à votre mutuelle tout changement de coordonnées (postales, bancaires...).



FOCUS

MA PRÉVOYANCE SANTÉ +

- Tous les deux ans au 1^{er} janvier et à condition d'en effectuer la demande avant le 31 octobre précédent, vous pourrez décider de souscrire ou de résilier le régime optionnel.
- Cette demande est possible à tout moment en cas de changement de votre situation familiale, sous réserve de justificatifs.

B. Qui est couvert ?

LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES

Afin de respecter les différentes structures familiales, trois catégories ont été définies. L'appartenance à l'une d'elles dépend de votre situation familiale actuelle.

• Catégorie ISOLÉ

- vous êtes célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps,
- vous êtes en couple (marié, concubin, pacsé) et votre conjoint ainsi que vos enfants sont déjà couverts par un régime de frais de santé à adhésion obligatoire.

• Catégorie DUO +

- vous êtes en couple (marié, concubin, pacsé),
- vous êtes célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps et avez un ou plusieurs enfants à charge.

• Catégorie FAMILLE

- vous êtes en couple (marié, concubin, pacsé), avec un ou plusieurs enfants à charge,
- vous êtes en couple (marié, concubin, pacsé), avec un ou plusieurs enfants à charge et votre conjoint est déjà couvert par un régime de frais de santé à adhésion obligatoire.

LES DISPENSES D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT

À partir du 1^{er} janvier 2016, toute entreprise doit mettre en place une couverture complémentaire santé collective et obligatoire pour ses salariés, afin d'assurer un niveau minimum de garanties défini par décret. Ce socle minimum de prestations est très inférieur aux garanties prévues par le régime Safran.

Cette évolution réglementaire pourra engendrer une demande de dispense d'affiliation pour votre conjoint dans les cas suivants :

- Vous êtes en couple et **votre conjoint est déjà adhérent d'un régime obligatoire de Frais de santé** : il est dispensé d'affiliation et vous pouvez donc vous affilier en catégorie ISOLÉ.
- Vous êtes en famille et **votre conjoint et vos enfants sont déjà adhérents d'un régime obligatoire de Frais de santé** : ils sont dispensés d'affiliation et vous pouvez donc vous affilier en catégorie ISOLÉ. En revanche, si **vos enfants ne sont pas couverts par le régime obligatoire de votre conjoint, vous devez vous affilier en catégorie FAMILLE.**

Ces dispenses d'affiliation doivent être justifiées annuellement par une attestation de l'employeur de votre conjoint, à remettre à votre service Ressources humaines.

CAS PARTICULIER

- **Votre conjoint est également salarié de l'une des sociétés Safran** : seule l'adhésion de l'un des deux membres est obligatoire, l'autre membre pouvant être affilié en tant qu'ayant droit. Dans ce cas, cochez la case "je suis ayant droit de mon conjoint salarié d'une entité de Safran" du bulletin individuel d'affiliation et précisez le nom de votre conjoint et celui de sa société.
- **Certains salariés sous contrats particuliers** (salariés en contrat à durée déterminée, salariés à temps très partiel, salariés à employeurs multiples) peuvent, sous certaines conditions, être dispensés d'affiliation au régime Frais de santé. Pour plus d'informations sur les conditions à remplir, rapprochez-vous de votre service Ressources humaines.



▶ CONJOINT

Sont assimilés au conjoint :

- le partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
- le concubin, sur déclaration sur l'honneur du salarié et si la vie commune peut être prouvée sous la forme d'un justificatif d'un domicile commun.

▶ ENFANTS À CHARGE

Sont ayants droit les enfants du salarié et ceux de son conjoint (ou assimilé) qui :

- sont à charge au sens de la Sécurité sociale et vivent au foyer,
- sont étudiants à plein temps et âgés de moins de 26 ans,
- sont en apprentissage (ou équivalent) et âgés de moins de 26 ans,
- sont demandeurs d'emploi pendant une durée d'un an au maximum et âgés de moins de 26 ans,
- quel que soit leur âge, sont handicapés et dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée, et perçoivent à ce titre des allocations, y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, s'ils justifient d'une rémunération inférieure au SMIC.

4.3 REMBOURSEMENTS

Afin de faciliter vos démarches et formalités de santé et vous assurer un remboursement rapide de vos dépenses, votre mutuelle met à votre disposition de nombreux services.

A. Être remboursé automatiquement

Grâce à NOÉMIE, le système de télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et votre mutuelle, vous n'avez plus besoin d'envoyer les décomptes que vous adressez la Sécurité sociale. Les informations sont transmises directement par voie électronique par la CPAM dès le traitement de votre feuille de soin, et vous êtes automatiquement remboursé par votre mutuelle.

En donnant votre accord lors de votre affiliation, la liaison NOÉMIE sera établie par votre mutuelle.

Le remboursement de vos dépenses de santé s'effectue automatiquement par virement bancaire. Votre mutuelle vous adresse un relevé des remboursements effectués.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOÉMIE, vous devrez adresser à votre mutuelle vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, les justificatifs des frais réels engagés.

En cas d'adhésion à plusieurs organismes complémentaires, vous devrez choisir celui auprès duquel vous souhaitez que la connexion soit établie. Dans ce cas, vous pourrez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre mutuelle l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

CAS PARTICULIERS

L'envoi de pièces justificatives à votre mutuelle est nécessaire dans les cas suivants :

Frais dentaires

- copie de votre feuille de soins,
- facture détaillée du dentiste, précisant :
 - la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées,
 - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

Frais d'optique

- prescription médicale,
- facture détaillée de la monture, des verres ou des lentilles refusées par la Sécurité sociale.

Orthopédie et prothèses non dentaires

- facture détaillée.

Cures thermales

- prescription médicale et facture détaillée de l'établissement,
- décompte de la Sécurité sociale,
- facture des frais d'hébergement et de transport si remboursement par la Sécurité sociale.

Forfait naissance par enfant ou adoption

- acte de naissance ou décision de justice autorisant l'adoption.

À NOTER

Veillez à transmettre vos décomptes dans les six mois suivant leur réception. En tout état de cause, les soins datant de plus de deux ans ne pourront être remboursés.



B. Bénéficiaire du tiers payant

COMMENT ÇA MARCHE ?

Quelques jours après votre affiliation, votre mutuelle vous adresse une carte d'adhérent. Il vous suffit de présenter cette carte ainsi que votre carte vitale aux professionnels de santé. Vous serez ainsi dispensé d'avancer les frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle.

PUIS-JE EN BÉNÉFICIER POUR TOUTES LES PRESTATIONS DE SANTÉ ?

À compter du 1^{er} janvier 2018, vous bénéficiez du tiers payant sur toutes les prestations, au moins à hauteur du Ticket Modérateur.

C. Une prise en charge hospitalière

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS D'HOSPITALISATION ?

Si votre hospitalisation se fait dans un établissement conventionné, votre mutuelle vous garantit une prise en charge immédiate afin de vous dispenser de l'avance des frais.

QUELLES DÉMARCHES DOIS-JE FAIRE ?

Un simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de la part de l'établissement hospitalier suffit à déclencher la prise en charge.



BON À SAVOIR

Seuls les frais correspondant à des soins médicaux et chirurgicaux ayant eu lieu après votre adhésion au régime de Prévoyance de Safran vous seront remboursés.

Tous les frais antérieurs à votre adhésion doivent être adressés à votre ancien organisme complémentaire, qui procèdera à leur règlement.



5. COTISATIONS ET MAINTIEN DES DROITS

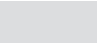
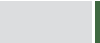
Le régime Safran se veut solidaire tout en proposant des montants de cotisations adaptés à la situation familiale de chaque salarié. De même, il prend en compte la situation des retraités, actuels ou futurs, en leur ouvrant l'accès à un régime Frais de santé et en minorant leurs cotisations grâce à la création d'un fonds de solidarité.

A. Comprendre les cotisations

Les cotisations peuvent être exprimées de différentes façons :

- cotisation forfaitaire,
- cotisation proportionnelle à votre salaire, qui diffère selon la tranche de salaire considérée (voir explication ci-dessous),
- cotisation en partie forfaitaire et en partie proportionnelle à votre salaire.

Tranches mensuelles pour 2018 (Plafond mensuel de Sécurité sociale 2018 = 3 311 €).

Tranche A	Tranche B	Tranche C
entre 0 € et 3 311 €	entre 3 311 € et 13 244 €	entre 13 244 € et 26 488 €
	  	   

EXEMPLE

- Vous avez un salaire de 2 650 € brut/mois : la totalité de votre salaire est en tranche A.
- Vous avez un salaire de 3 600 € brut/mois : vous avez 3 311 € de votre salaire en tranche A et 289 € de votre salaire en tranche B.

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE = COTISATIONS DÉDUCTIBLES

Les garanties Incapacité-Invalidité-Décès, Décès et Invalidité accidentels et celles de Ma Prévoyance Santé sont souscrites de façon collective et obligatoire.

La part salariale des cotisations à ces régimes peut ainsi être défiscalisée : elles seront déduites de votre salaire net imposable sur votre bulletin de paie.

La part de la cotisation au titre du régime Incapacité-Invalidité-Décès ainsi que celle au titre du régime Décès et Invalidité accidentels prise en charge par votre société est exonérée socialement et fiscalement : vous ne paierez pas de charges sur ces contributions. En revanche, depuis 2014, à compter de l'imposition sur les revenus de 2013, la part de la cotisation au titre du régime Frais de santé prise en charge par votre société n'est pas déductible de votre revenu imposable.

Les options du régime Frais de santé et du régime Décès et Invalidité accidentels sont en revanche facultatives. Les cotisations supplémentaires, entièrement à votre charge, ne peuvent de ce fait être défiscalisées. Elles figureront après le salaire net imposable sur votre bulletin de paie.



5.1 COTISATIONS 2018 RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

Les cotisations sont proportionnelles aux tranches de salaire.

PART SOCIÉTÉ		PART SALARIÉ	
Tranche A	Tranche B/Tranche C	Tranche A	Tranche B/Tranche C
0,96 %	1,44 %	0,41 %	0,62 %

EXEMPLE

- Pour un salaire mensuel brut de 2 000 €, votre cotisation mensuelle est de 0,41 % x 2 000 € = 8,20 €
- Pour un salaire mensuel brut de 4 000 €, votre cotisation mensuelle est de 0,41 % x 3 311 € + 0,62 % x 689 € = 17,84 €

L'OPTION TEMPS PARTIEL

Les salariés ayant souscrit à l'option temps partiel cotisent, selon les mêmes taux que ceux appliqués au titre du régime obligatoire, sur une assiette obtenue par le calcul suivant : dernier salaire rétabli en équivalent temps plein x pourcentage du salaire non payé.

EXEMPLE : pour un salarié travaillant aux 4/5^{ème} ne bénéficiant pas d'une mesure de temps partiel aidé, le pourcentage de salaire non payé est de 20 %.

Les taux de cotisations sont révisés à l'identique des taux de cotisations du régime obligatoire. Les cotisations, à la charge du salarié à temps partiel ayant choisi de souscrire à l'option, sont prélevées trimestriellement (le 15 du 1^{er} mois du trimestre) par le gestionnaire VIVINTER.

Ces cotisations ne sont pas déductibles du salaire net imposable.

5.2 COTISATIONS 2018 RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

Les cotisations sont forfaitaires et exprimées en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité sociale.

PART SOCIÉTÉ	PART SALARIÉ
Régime de base	Option vie privée
0,036 % du PASS* (soit 14,28 €/an pour 2018)	0,075 % du PASS* (soit 29,76 €/an pour 2018)

*PASS : Plafond annuel de la Sécurité sociale, fixé à 39 732 € en 2018.

5.3 COTISATIONS 2018 RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Les cotisations sont en partie forfaitaires et en partie proportionnelles aux tranches de salaire.

Cotisations pour les salariés affiliés au Régime Général de Sécurité sociale

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ		OPTION	MA PRÉVOYANCE SANTÉ +	
	Part société	Part salarié		Part société	Part salarié
Catégorie ISOLÉ	27,36 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	21,18 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	3,50 €	27,36 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	24,68 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC
Catégorie DUO +	46,83 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	40,65 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	7 €	46,83 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	47,65 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC
Catégorie FAMILLE	56,35 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	50,18 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	8,60 €	56,35 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	58,78 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC

TA : salaire dans la limite d'un Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 311 € par mois pour 2018) - TB : salaire compris entre un Plafond et quatre Plafonds mensuels de la Sécurité sociale
TC : salaire compris entre quatre Plafonds et huit Plafonds mensuels de la Sécurité sociale - Les montants affichés tiennent compte de l'allègement de 2,50 €

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

Les salariés affiliés au régime local spécifique de la Sécurité sociale applicable en Alsace-Moselle bénéficient d'une tarification réduite compte tenu du niveau de remboursement supérieur assuré par la Sécurité sociale dans ces départements. Cette tarification est consultable sur maprevoyancebysafran.fr.

EXEMPLE

- Si vous êtes en catégorie **FAMILLE** et que votre salaire mensuel brut est de 2 000 €, votre cotisation mensuelle MA PRÉVOYANCE SANTÉ est de 50,18 € + 0,560 % x 2 000 = 61,38 €
- Si vous êtes en catégorie **DUO +** et que votre salaire mensuel brut est de 4 000 €, votre cotisation mensuelle MA PRÉVOYANCE SANTÉ est de 40,65 € + 0,560 % x 4 000 = 63,05 €

BON À SAVOIR

Vos cotisations allégées temporairement

Avant l'entrée en vigueur de ma PRÉVOYANCE *by* SAFRAN, les précédents régimes de Prévoyance de certaines sociétés Safran avaient dégagé des excédents et permis de constituer des réserves. Safran a souhaité faire bénéficier intégralement ses salariés et retraités de ces réserves pour alléger leurs cotisations. En 2018, vos cotisations sont ainsi réduites de 2,50 € chaque mois !

UN FONDS DE SOLIDARITÉ POUR ENCORE PLUS D'ENTRAIDE

Quelle est la vocation du fonds de solidarité ?

Ce fonds a été créé afin de formaliser et pérenniser la solidarité entre les salariés en activité et les retraités. Cette entraide intergénérationnelle est un des fondements du régime Prévoyance Groupe.

Quel est son mode de fonctionnement ?

Le fonds de solidarité permet d'aider les retraités, leurs conjoints, veufs ou veuves en allégeant davantage leurs cotisations au régime Frais de santé.

Comment ce fonds est-il financé ?

- Vous participez au financement de ce fonds grâce à une cotisation mensuelle obligatoire de 0,08 % du Plafond mensuel de Sécurité sociale.
- En contrepartie de cet effort de solidarité intergénérationnelle, Safran augmente sa contribution mensuelle à votre régime Frais de santé d'un montant de 0,04 % du PMSS.

5.4 CONDITIONS DE MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION OU RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Vos garanties Incapacité-Invalidité-Décès, Décès et Invalidité accidentels et Frais de santé seront maintenues dans les conditions précisées ci-dessous et le montant de vos cotisations sera revu selon les cas.

	SALARIÉS EN CONGÉ LONGUE DURÉE NON RÉMUNÉRÉ*	SALARIÉS OU ANCIENS SALARIÉS EN INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU INVALIDITÉ	ANCIENS SALARIÉS PRÉRETRAITE AMIANTE	ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR LE PÔLE EMPLOI	AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ
RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS	- Garanties maintenues jusqu'à la retraite - Cotisations < 1 an : inchangées* > 1 an : 100 % à la charge du salarié	- Garanties maintenues jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle ou jusqu'à la retraite - Cotisations exonération des cotisations dès que le salaire n'est plus maintenu par l'employeur	- Garanties maintenues jusqu'à la retraite - Cotisations inchangées*	Pour une durée égale à celle de votre dernier contrat ou de vos derniers contrats s'ils sont consécutifs dans la limite de 12 mois Garanties maintenues	NÉANT
RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS	- Garanties maintenues - Cotisations inchangées*	- Garanties maintenues - Cotisations inchangées*	NÉANT	Cotisations exonération de cotisation	NÉANT
MA PRÉVOYANCE SANTÉ ET MA PRÉVOYANCE SANTÉ +	- Garanties maintenues - Cotisations < 1 an : inchangées* > 1 an : 100 % à la charge du salarié	- Garanties maintenues jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle ou jusqu'à la retraite - Cotisations - inchangées* pour les salariés - 100 % à la charge des anciens salariés	- Garanties maintenues jusqu'à la retraite - Cotisations inchangées*	Pour une durée égale à celle de votre dernier contrat ou de vos derniers contrats s'ils sont consécutifs dans la limite de 12 mois - Garanties maintenues - Cotisations exonération de cotisation Au-delà de cette période - Garanties maintenues - Cotisations 100 % à la charge de l'ancien salarié	- Garanties maintenues jusqu'à l'âge de la retraite et au plus tard jusqu'à 65 ans - Cotisations inchangées*

*Cotisations identiques à celles des actifs et répartition inchangée entre la société et le salarié.

BON À SAVOIR

Sont considérés comme congé de longue durée non rémunéré les congés suivants :

- Congé parental d'éducation,
- Congé sans solde,
- Congé pour création d'entreprise,
- Congé individuel de formation,
- Congé sabbatique,
- Congé de présence parentale, etc.

6. FONDS SOCIAL

Safran a souhaité créer un fonds social dédié au bénéfice de ses salariés, de ses retraités et de leurs ayants droit concernés par **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN**.

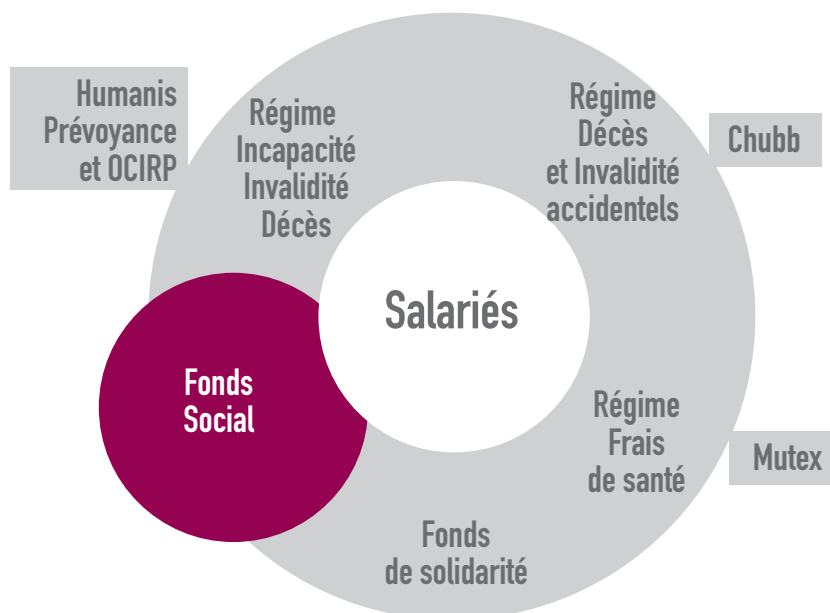
Le fonds social a deux principales missions :

- la prise en charge de certaines dépenses liées à votre santé lorsqu'elles entraînent des difficultés financières,
- la conduite d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

Une commission sociale est constituée afin d'instruire les demandes de secours et de décider des actions à conduire. La gestion financière du fonds est confiée à Mutex. Les demandes d'aide sont à formuler auprès de votre mutuelle gestionnaire qui se chargera, après avoir examiné les possibilités d'intervention de son propre fonds social, de constituer un dossier destiné à la commission sociale Safran.

Le fonds est alimenté chaque année, si les résultats le permettent, par l'affectation d'un pourcentage du solde créditeur global de **ma PRÉVOYANCE by SAFRAN**.

Pour plus de détails, consultez la rubrique "fonds social" du site www.maprevoyancebysafran.fr.



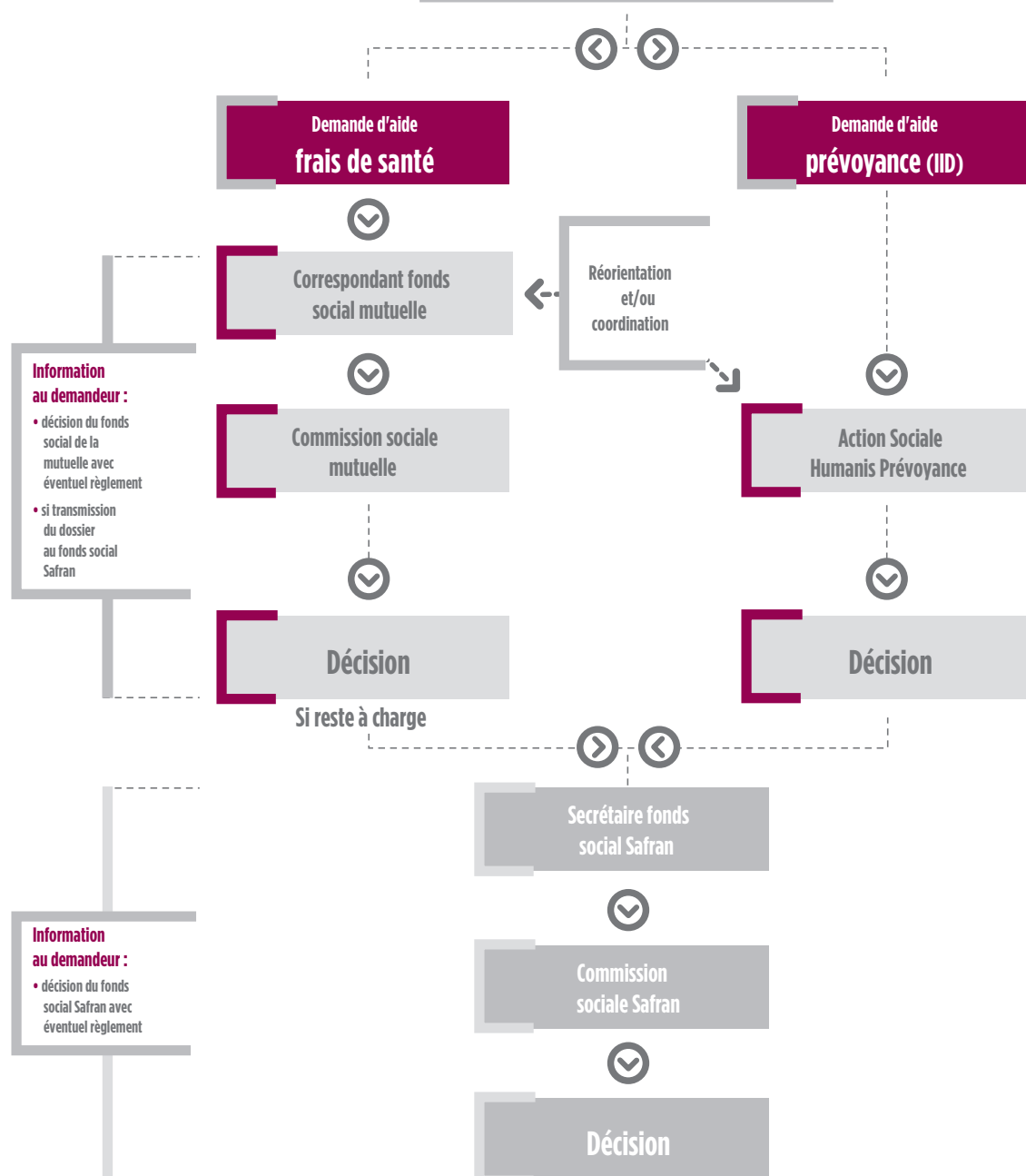
COMMISSION SOCIALE

Composée de représentants des salariés pour deux tiers (chaque organisation syndicale signataire désignant un représentant) et de représentants de la direction pour un tiers, la commission sociale se réunit au moins quatre fois par an. Les décisions sont prises à la majorité.



Le traitement des demandes d'aide : mode d'emploi

LE SALARIÉ OU LE RETRAITÉ



CONTACTS DES MUTUELLES GESTIONNAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Retrouvez la liste complète des
mutuelles gestionnaires du régime
Frais de santé :

- dans la notice d'information jointe
à cette brochure
- sur le site internet :
www.maprevoyancebysafran.fr,
rubrique contacts.



CONTACT DU GESTIONNAIRE DU RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

ÉTABLISSEMENT	ADRESSE	TÉLÉPHONE	E-MAIL
SIACI SAINT HONORE (VIVINTER)	82, rue Villeneuve, 92584 CLICHY Cedex	01 70 91 39 32	prevoyance@ vivinter.fr



CONTACT DU GESTIONNAIRE DU RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

ÉTABLISSEMENT	ADRESSE	E-MAIL
DIOT	40, rue Laffitte, 75009 PARIS	fmuhr@diot.com

LEXIQUE

ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE : L'accès direct à certains spécialistes est une facilité réservée aux patients qui ont déjà déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale. Elle leur permet d'accéder directement à certains soins d'ophtalmologie, de gynécologie et de psychiatrie, sans minoration de leurs remboursements par la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, les mêmes consultations sont prises en charge au niveau d'une consultation de spécialiste "hors parcours de soins".

AUXILIAIRES MÉDICAUX : Sous le vocable "auxiliaires médicaux" sont regroupés kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, orthophonistes, orthoptistes. Ils ont tous le même taux de remboursement et ne pratiquent en général pas le dépassement d'honoraires.

AYANTS DROIT : Sont ayants droit les membres de la famille (conjoint, concubin, enfants...) qui ne sont pas assurés par un autre régime collectif et obligatoire. Ils bénéficient des prestations du régime par le fait de la couverture de l'assuré.

CONTRAT RESPONSABLE : Un contrat de Frais de santé est qualifié de "responsable" s'il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies par décret. Ainsi un contrat responsable doit par exemple prendre en charge le ticket modérateur pour toutes les dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale. Il ne peut pas prendre en charge la participation forfaitaire de 1 € ni les franchises médicales.

CONVENTIONNÉ : Acte médical ou chirurgical reconnu par la Sécurité sociale et remboursé par celle-ci selon un pourcentage déjà établi. Se dit aussi d'un praticien qui a signé une convention avec la Sécurité sociale concernant le montant des honoraires qu'il appliquera à ses patients.

FORFAIT JOURNALIER : Part du prix d'une journée d'hospitalisation qui n'est jamais prise en charge par la Sécurité sociale. Le forfait journalier est en totalité à la charge de l'assuré social. Son montant est fixé par arrêté.

FRAIS RÉELS : Dépense réelle engagée. La somme des remboursements des organismes obligatoires et complémentaires ne peut en aucun cas dépasser les frais réels.

FRANCHISE MÉDICALE : La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est de 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ; 0,50 € par acte paramédical ; 2 € par transport sanitaire. La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. Toutes les personnes sont concernées par la franchise sauf les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (C.M.U.) complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État (A.M.E.), les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement).



INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (IJSS) : Indemnisation versée par la Sécurité sociale lors d'un arrêt de travail suite à une maladie ou un accident. Ces indemnités journalières équivalent à 50 % du gain journalier de base dans la limite de 1,8 SMIC. Elles ne sont versées qu'à compter du 4^e jour d'arrêt de travail, les trois premiers jours constituant le "délai de carence".

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE : Organisme assureur régi par le code de la Sécurité sociale, sans but lucratif. Elle est gérée à parité entre les employeurs et les salariés.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 1 : Il applique le tarif conventionnel (la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale) et n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires, sauf en cas de demande particulière du patient.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 2 : Il pratique des honoraires libres et est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

MÉDECIN NON CONVENTIONNÉ : Il n'a pas signé de convention avec la Sécurité sociale et fixe librement ses tarifs. Ses honoraires sont remboursés par la Sécurité sociale et par le régime Frais de santé sur la base d'un tarif d'autorité, très inférieur aux bases de remboursement des médecins conventionnés.

MUTUELLE : Société à but non lucratif régie par le code de la mutualité.

NOÉMIE : Norme Ouverte d'Échanges entre le régime d'assurance Maladie et les Intervenant Extérieurs. Système d'échange d'informations entre les organismes d'assurance obligatoire et les organismes complémentaires. Cette télétransmission augmente la rapidité de transmission des informations entre les acteurs et diminue les délais de remboursement.

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM, OPTAM-CO) (ANCIENNEMENT CAS) : À partir du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS) change de nom et devient l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens). Il s'agit d'un contrat signé entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux de secteur 2. Des praticiens de secteur 1 peuvent aussi, sous certaines conditions, y adhérer. L'objectif de cette convention est de limiter la part des consultations dépassant les bases de remboursement de la Sécurité sociale. En contrepartie de certains avantages

(cotisations sociales allégées, actes revalorisés...), les médecins signataires s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés.

PARCOURS DE SOIN : Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé par la Sécurité sociale.

Dans les situations d'urgence et lorsque l'assuré se trouve éloigné de sa résidence habituelle, il peut consulter un médecin autre que son médecin traitant sans risque de minoration de ses remboursements.

À savoir : les chirurgiens dentistes ne sont pas concernés par le parcours de soins. Ils peuvent être consultés directement : la prise en charge de leurs soins est invariable, que le patient ait un médecin traitant ou non. Voir également : **ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE**

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 € : Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation de 1 € est demandée aux assurés de plus de 18 ans pour chaque consultation, examen ou analyse.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : Valeur servant de base de calcul à la Sécurité sociale (soit 3 311 € en 2018). Elle est utilisée pour définir le montant de certaines prestations, exprimées en % de PMSS.

PHARMACIE : Les médicaments sont remboursés par la Sécurité sociale à 100 % (médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux), à 65 % (médicaments à service médical rendu majeur et important), à 30 % (médicaments à service médical rendu modéré et médicaments homéopathiques), 15 % (médicaments à service médical faible) ou ne sont pas pris en charge.

VIE PRIVÉE : Dans le cadre du régime Décès et Invalidité accidentels, il s'agit des périodes de la journée ne correspondant pas à la définition de la vie professionnelle.

VIE PROFESSIONNELLE : Dans le cadre du régime Décès et Invalidité accidentels, il s'agit de la période pendant laquelle, sous l'autorité et la subordination de son employeur, l'assuré exécute son contrat de travail au temps et au lieu de travail. Les accidents survenant au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail sont considérés comme des accidents de la vie professionnelle.

POWERED BY TRUST

POUR TROUVER LES RÉPONSES À TOUTES VOS QUESTIONS :

Connectez-vous sur
www.maprevoyancebysafran.fr
et saisissez le mot de passe : **SAFRANPREV09**

Pour toutes questions sur votre adhésion et vos remboursements
Frais de santé contactez votre mutuelle

En vue d'obtenir des conseils, des appréciations sur des devis réalisés
contactez la Passerelle Santé
Tél. : 0 805 50 00 20

SAFRAN
2, boulevard du Général Martial-Valin
75724 Paris Cedex 15 - France
www.safran-group.com

