

Accord collectif d'entreprise du 24 Février 2025 relatif au régime surcomplémentaire en matière de remboursement de frais de santé de l'ensemble du personnel de Novartis Pharma SAS

ENTRE LES SOUSSIGNÉES :

La société **NOVARTIS PHARMA SAS**, dont le siège social est situé 8-10 rue Henri Sainte Claire Deville, 92500 REUIL-MALMAISON, au capital de 43 380 000 € immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le numéro 410 349 070, représentée par Monsieur Guillaume VIAULES en sa qualité de Directeur des Ressources Humaines,

Ci-après dénommée « **Novartis Pharma SAS** » ou « **la Société** »,

D'UNE PART,

ET :

Les Organisations Syndicales représentatives signataires

D'AUTRE PART

PRÉAMBULE

Dans la continuité de l'accord collectif du 21 décembre 2018 relatif au régime de surcomplémentaire, la Direction de Novartis Pharma SAS et les Organisations Syndicales poursuivent leur souhait d'améliorer le contenu du régime complémentaire de remboursement de frais de santé en vigueur, dans les mêmes conditions au-delà du 31 décembre 2024.

À cet effet, les Parties se sont rencontrées les 16 et 24 janvier 2025 pour entériner la poursuite du régime surcomplémentaire de remboursement de frais de santé, en application de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Le présent accord se substitue à l'ensemble des dispositions antérieures issues d'un accord collectif, d'une décision unilatérale ou d'un usage précédemment applicables au sein de la Société.

IL A DONC ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT, EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 911-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

ARTICLE 1 : OBJET

Les dispositions du présent accord concernent l'ensemble des salariés de l'entreprise NOVARTIS PHARMA SAS sans condition d'ancienneté.

Le présent accord a pour objet de :

- définir les conditions d'une couverture surcomplémentaire (RSC) de « Remboursement des frais de santé » dans l'entreprise,
- organiser l'adhésion des salariés visés à l'article 2. ci-après, au contrat collectif d'assurance surcomplémentaire « remboursement des frais de santé » obligatoire souscrit à cet effet par la Société auprès d'un organisme habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application ci-après annexées à titre informatif.

Il est rappelé que le contrat surcomplémentaire est défini par l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance, comme un contrat d'assurance maladie complémentaire qui intervient explicitement après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire.

Le contrat surcomplémentaire mis en œuvre par le présent accord, intervient explicitement après le contrat complémentaire de remboursement de frais de santé.

ARTICLE 2 : ADHESION DES SALARIES

2.1. Salariés bénéficiaires

Sont et seront obligatoirement affiliés au régime de frais de santé surcomplémentaire, tous les salariés de l'entreprise NOVARTIS PHARMA SAS.

Outre l'assuré, salarié de Novartis Pharma SAS, sont affiliés au régime en tant que bénéficiaires ses ayants droit à charge.

2.2. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion de tous les salariés, ainsi celle de ses ayants droit à charge, est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives de la société. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

ARTICLE 3 : PRESTATIONS

Les prestations accordées au titre du présent dispositif, consistent à assurer le remboursement ou l'indemnisation de certains frais de santé exposés par les salariés, et éventuellement leurs ayant droits, bénéficiaires du contrat, en complément du contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ces prestations, telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du contrat, sont décrites à titre d'information, en annexe.

Toutefois, ces prestations ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard des salariés bénéficiaires du contrat qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur et l'employeur ne pourra être tenu au versement de ces prestations. Ces dernières sont susceptibles d'être modifiées ultérieurement.

Toute modification des prestations sera présentée pour information à la commission prévoyance et frais de santé.

ARTICLE 4 : COTISATIONS

4.1. Taux et répartition des taux de cotisations

Les cotisations destinées au financement du contrat d'assurance surcomplémentaire (RSC) de « remboursement de frais de santé » sont fixées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Elles sont prises en charge par l'entreprise et par les salariés bénéficiaires du contrat dans les proportions indiquées ci-dessous :

RSC Employeur	60 %	RSC Salarié	40 %
---------------	------	-------------	------

Assiette	Employeur	Salarié	Total
En % du PMSS	0,09 %	0,06 %	0,15 %

Concernant le régime spécifique des « périphériques » (retraités, conjoints non à charge ...) moyennant une cotisation supplémentaire à la charge exclusive du bénéficiaire, celui-ci est détaillé dans le tableau en annexe, ainsi que les cotisations y afférentes.

4.2. Évolution des cotisations

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés.

Il est précisé que toute évolution des cotisations sera présentée pour information à la Commission prévoyance et frais de santé.

ARTICLE 5 : SORT DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

■ En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Il est précisé que, dans les cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, la suspension du contrat de travail ouvre la possibilité au salarié de continuer à bénéficier du régime de base et du régime surcomplémentaire.

Ainsi, à titre d'exemple, dans le cas d'un congé sabbatique, d'un congé parental, d'un congé sans solde, d'un congé pour création d'entreprise, etc., le financement du régime de couverture choisi sera intégralement à la charge du salarié.

S'il souhaite conserver le bénéfice du régime de base et du régime surcomplémentaire, le salarié devra :

- formuler cette demande au minimum un mois avant le début de la période de suspension
- adhérer à titre individuel au régime choisi, dans les conditions et selon les modalités qui seront prévues par le contrat auquel il aura choisi d'adhérer personnellement.
-

▪ **En cas de suspension du contrat de travail indemnisée**

L'adhésion des salariés au présent régime, et le cas échéant de leurs ayants droit, est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail indemnisée par l'employeur, quelle qu'en soit la cause, notamment dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- D'indemnités journalières (d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire ;
- d'indemnités journalières complémentaires (d'une rente d'invalidité ou d'incapacité complémentaire) au régime obligatoire, financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement (activité partielle, congé de reclassement, congé de mobilité, dispositif de préretraite...).

Dans ce cas, l'employeur maintient sa contribution, telle que définie à l'article 4.1 du présent accord, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

ARTICLE 6 : SORT DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

6.1. Portabilité des garanties

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les salariés bénéficient d'un dispositif de portabilité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif n'auront plus de cotisations à acquitter postérieurement à la cessation de leur contrat de travail, sous réserve de répondre aux conditions légales en vigueur.

6.2. Dans le cadre de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Les salariés bénéficiaires du présent régime qui quitteront l'entreprise et qui rempliront les conditions de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1939, pourront solliciter le maintien d'une couverture « frais de santé » auprès de l'organisme assureur du présent régime, dont le financement sera intégralement à leur charge.

ARTICLE 7 : INFORMATION

7.1. Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, la société remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties concernant le régime surcomplémentaire de « remboursement des frais de santé » et ses modalités d'application.

Les salariés de la société seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Il est par ailleurs indiqué que les salariés pourront accéder au contrat d'assurance conclu avec l'organisme assureur.

7.2. Information collective

La commission prévoyance et frais de santé se réunit chaque année pour examiner le rapport annuel sur les comptes du contrat d'assurance tel qu'il est établi par l'organisme assureur.

Il est convenu que le comité central social et économique peut également solliciter la communication de ces mêmes informations.

ARTICLE 8 : DUREE

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le 1^{er} janvier 2025.

Il se substitue à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, de décisions unilatérales ou de tout autre pratique en vigueur dans l'entreprise, et portant sur le même objet.

ARTICLE 9 : REVISION

Toute organisation syndicale répondant aux conditions posées par l'article L. 2261-7-1 du Code du travail, ou la Direction, pourra à tout moment, et par tout moyen, solliciter la mise en oeuvre d'un processus de révision du présent accord. En ce cas, les parties devront se réunir dans un délai d'un mois à compter de la demande, à l'initiative de la partie la plus diligente, pour envisager l'opportunité de conclure, ou non, un avenant de révision au présent accord.

Si une révision de l'accord est envisagée, elle donnera lieu à la rédaction d'un avenant qui sera soumis, pour être valable, aux mêmes règles de majorités que pour la conclusion d'un accord (soit actuellement, la signature par des organisations syndicales ayant recueilli plus de 50 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des dernières élections des titulaires au comité social et économique, quel que soit le nombre de votants).

Dans l'hypothèse où de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires viendraient à modifier les régimes de frais de santé, les parties signataires se réuniraient, à l'initiative de la partie la plus diligente, dans un délai de 3 mois à compter de la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales ou conventionnelles en vue d'adapter, si nécessaire, le présent accord.

ARTICLE 10 : DENONCIATION

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, le présent accord peut être dénoncé par les parties signataires.

Dans ce cas, l'accord cesse de produire ses effets après un préavis de 3 mois.

La dénonciation doit être notifiée par son auteur aux autres signataires et déposée sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail.

ARTICLE 11 : RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

En raison de l'interdépendance entre le contrat d'assurance et le présent accord, la résiliation ou le non-renouvellement par l'organisme assureur du contrat d'assurance entraîne, à l'expiration d'un éventuel délai de préavis ou de prévenance, la disparition du présent accord par application d'une condition résolutoire, automatique et sans rétroactivité. Les salariés et les organisations syndicales signataires du présent accord seront informés, par tout moyen de la résiliation du contrat d'assurance et de la disparition corrélative du présent accord.

Toutefois si l'employeur souscrit un nouveau contrat d'assurance avant l'expiration du délai de préavis ou de prévenance du contrat résilié ou non-renouvelé, celui-ci peut renoncer à l'application de la condition résolutoire. Les salariés et les organisations syndicales signataires seront informés, par tout moyen, de la souscription d'un nouveau contrat d'assurance.

ARTICLE 12 : RENDEZ-VOUS ET SUIVI

Les parties signataires conviennent de se réunir régulièrement afin d'étudier s'il est nécessaire d'adapter le présent accord compte tenu de l'évolution des pratiques au sein de l'entreprise ou si l'accord peut se poursuivre dans les mêmes conditions.

ARTICLE 13 : DEPOT ET PUBLICITE

Conformément aux dispositions légales, le présent accord sera déposé sur la plateforme : www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr

Un exemplaire sera également déposé au Secrétariat Greffe du Conseil des Prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Il sera également publié dans la base de données nationale.

Le présent accord sera par ailleurs porté à la connaissance de l'ensemble des salariés et des entreprises via le portail interne.

Une copie sera adressée à chaque organisation syndicale représentative signataire et non signataire de l'accord.

Fait à Rueil Malmaison, le **24 Février 2025**

En 6 exemplaires originaux, dont un pour les formalités de publicité.

Pour la société **NOVARTIS PHARMA SAS**

Monsieur **Guillaume VIAULES** en qualité de **Directeur des Ressources Humaines**

DocuSigned by:
Guillaume Viaules
25BA5F1BCB454B2...

Pour les Organisations Syndicales représentatives :

CFE-CGC : Vincent SIRI DocuSigned by: <i>Vincent SIRI</i> A33FA1B1463641B...	CFTC : Yvan COURTINE DocuSigned by: <i>Yvan Courtine</i> 617AC6B3E9EE44D...
CFDT : Hélène LAPAUW DocuSigned by: <i>Hélène Lapauw</i> BBDD35FA359E43E...	FO : Jean Michel MARCHAL DocuSigned by: <i>Jean-Michel Marchal</i> 6280728E6478415...

ANNEXE : GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ A COMPTER DU 1ER JANVIER 2025

Garanties frais de santé à effet du :01/01/2025

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

NATURE DES ACTES	RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
	Obligatoire	Non responsable Base comprise
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
• Consultation/Visite Généraliste, Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% FR - SS	300% BR
• Consultation/Visite Généraliste, Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	100% FR - SS	300% BR
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% FR - SS	
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	100% FR - SS	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	280% BR	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	280% BR	
Analyses et examens de laboratoire		
• Analyses et examens de laboratoire	100% FR - SS	
Honoraires paramédicaux		
• Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues pris en charge par la Sécurité sociale	100% FR - SS	
Médicaments		
• Prescrits et pris en chage par la Sécurité sociale	100% TM	
Matériel médical		
• Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	250% BR	
Autres soins		
• Frais de transport	100% TM	
• Vaccin prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	4% PMSS / an / bénéficiaire	
• Médecine douce	Ostéopathe, acupuncture, chiropractie, éthiopathie, psychologie, sophrologie, psychomotricité, psychothérapeute : 50 €/séance (Maxi 4 séances/an/bénéficiaire)	

Cure thermique prise en charge par Sécurité sociale		100% FR - SS, limite de 10% PMSS au / personne Avec honoraires HCAS limités à TM + 100% BR	
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE + MATERNITÉ		CONV.	NON CONV.
• Forfait journalier		100% FR	
Honoraires			
• Médicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM		100% FR - SS	
• Médicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM		100% FR - SS	70% FR - SS mini TM
• Chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM		400% BR	
• Chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM		400% BR	
• Frais de séjour		100% FR - SS	70% FR - SS avec min TM
• Chambre particulière		5% PMSS par jour	
Lit accompagnant Enfant de moins de 12 ans		100% FR	70% FR
Soins de suite : Maison de repos et de rééducation, psychiatrie, alcoologie, posture alcoologie et autres addictions			
• Frais de séjour		Idem Hospi	
• Honoraires médicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM		Idem Hospi	
• Honoraires médicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM		Idem Hospi	
• Chambre particulière		Idem Hospi	
• Forfait journalier		Idem Hospi	
OPTIQUE			
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédant à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
Équipement 100% santé (Classe A) (*)			
• Monture et Verres			
(*) Équipements 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'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2 ^o -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 le régime obligatoire (MR).			
Équipement hors 100% santé (Classe B)			
• Monture		Adulte : 5,5% PMSS Enfant : 4% PMSS	
• Verres		Grille Optique classe B	
Autres postes optique			
• Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale		7% PMSS par an par bénéficiaire	
• Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale		7% PMSS par an par bénéficiaire	
• Chirurgie de l'œil		20% PMSS / œil	

NATURE DES ACTES

Obligatoire
Non responsable
Base comprise

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% Santé (*)

(*) 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 le régime obligatoire (MR).

Soins et prothèses hors 100% Santé

Soins

400% BR

300% BR

Inlays - Onlays

400% BR

300% BR

Prothèses dentaires

Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)

Avec devis : 450% BR

Sans devis : 380% BR

Non Prises en charge par la Sécurité sociale

Avec devis : 483.75€ par prothèse

Sans devis : 408.50€ par prothèse

Autres actes dentaires

Implant non pris en charge par la SS (pilier implantaire + implant)

Avec devis : 967.50€ Maxi 1/an/bénéficiaire

Sans devis : 817€ Maxi 1/an/bénéficiaire

Parodontologie non prise en charge par la SS

500€ par an par bénéficiaire

Parodontologie prise en charge par la SS

500% BR

300% BR

Endodontie non remboursée

300€ par an par bénéficiaire

Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale

Avec devis : 300% BR

Sans devis : 250% BR

Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale

Avec devis : 300% BR

Sans devis : 250% BR

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.
Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Equipement 100% Santé (Classe 1) (*)

(*) 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 le régime obligatoire (MR).

Equipement hors 100% Santé (Classe 2)

Audioprothèse (Limite par aide auditive)

1350 € par appareillage avec,

un maximum de 1700 € - MR

Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale

100 % TM

ACTES DE PRÉVENTION

Pris en charge par la Sécurité sociale

L'ensemble des actes de prévention listés à l'annexe du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes

MATERNITÉ

Maternité

Soins pré et post nataux : pris en charge au titre du risque maladie y compris les frais de périnatalité

Chambre particulière : 5% PMSS/jr limitée à 10 jours

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. - PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale soit au 1^{er} janvier 2024 = 3 925 € - 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 de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. - MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale. - FR = Frais Réels. - BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. - PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. 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. - HLF = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

Grille Optique

GARANTIE PAR VERRE SELON LE BESOIN DE CORRECTION (MESURE DE LA SPHÈRE EN DIOPTRIES)						
Type de verres	CYLINDRE	De 0 à -2	De -2,25 à -4	De -4,25 à -6	De -6,25 à -8	Au-delà de -8
Verre uni-focal	Verre sans cylindre	110 €	131 €	154 €	182 €	229 €
	Verre avec 0 < cylindre ≤ 4	122 €	143 €	170 €	202 €	251 €
	Verre avec cylindre > 4					
Verre multifocal ou progressif	Verre sans cylindre	259 €	298 €	330 €	383 €	482 €
	Verre avec cylindre > 0	295 €	339 €	375 €	437 €	548 €