

EXTRAIT DU REGISTRE DES DÉLIBÉRATIONS  
DU COMITE DE DIRECTION  
Séance du 16 Décembre 2015

Date de convocation :  
Le 25 novembre 2015

Nombre :  
- délégués titulaires : 18  
- de présents : 10  
- de votants : 10  
  
- délégués suppléants : 14  
- de présents : 2  
- de votants : 1

N° d'inscription de l'acte  
soumis à l'obligation de  
transmission au Représentant  
de l'État :  
II/042/15

Secrétaire de Séance :  
Mme Isabelle DUSCHET

Nos Réf : ID/IC

OBJET : Contrat labellisé  
mutuelle santé.

Ainsi fait et délibéré en  
séance les jours, mois et an  
susdits.  
La Présidente,  
Élisabeth GONDY

L'an deux mille quinze, le 16 décembre à dix-huit heures, le Comité de Direction s'est réuni en session ordinaire sous la présidence de Madame Élisabeth GONDY, Présidente, suite à la convocation qui lui a été faite le 25 novembre 2015.

Étaient présents (12) :

Mme Élisabeth GONDY, Mme Geneviève MANNARINO, M. Grégory LELONG, Mme Valérie TOMSON, Mme Renée STIÉVENART, M. Guy HUART, M. Didier JOVENIAUX, M. Mattéo GUALANO, Mme Yveline DRUELLE, M. Vincent HADOT, Mme Corinne COLLET DONNAINT et Mme Gwenaëlle VANDEVILLE ;

Absents excusés : (9)

Mme Denise CAPPELLE, Mme Arlette MARCANT, Mme Anne GOZÉ, Mme Isabelle CHOAIN, M. Francis ALDEBERT, Mme Annie DENIS, M. Michel LEFEBVRE, M. Jean-Noël VERFAILLIE et Mme Monique GUILBERT.

\*\*\*\*\*

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu le Code du Tourisme, et notamment ses articles L.133-4 à L.133-10;

Vu la délibération du Conseil Communautaire de Valenciennes Métropole en date du 05 avril 2012, laquelle a décidé de la création d'un office de tourisme constitué sous forme d'Établissement Public à caractère Industriel et Commercial (ÉPIC), doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière ;

Vu les statuts de l'ÉPIC, approuvés par le Comité de Direction du 15 juin 2012 et notamment son article 12 ;

Vu la Convention Collective en date du 20 décembre 2002, applicable aux personnels et employeurs des organismes de tourisme ;

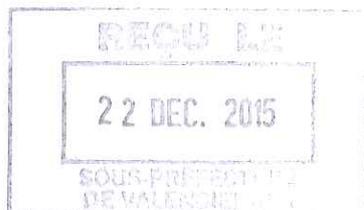
Vu le Code du Travail ;

Vu le Décret 2012-25 du 09 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L.911-1. (Avenant N°1 du 27 mars 2012 relatif au Régime Complémentaire Santé) ;

Vu la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relatif à la sécurisation de l'emploi, notamment sur les articles 242-1 et L. 911-7 ;

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 s'appliquera l'obligation pour toutes les entreprises du secteur privé, de mettre en place une complémentaire santé collective pour tous leurs salariés, qui soit supérieure ou égale à la couverture minimum légale (loi du 14 juin 2013 - article L911-7 du Code de la Sécurité sociale).



Le texte législatif prévoit qu'une partie de la participation financière soit prise en charge par l'employeur, à hauteur de 50% de la cotisation de la couverture minimale fixée par la loi et l'autre partie à la charge du salarié. Quelques cas de dispenses sont également précisés (Cf. Annexe). Pour être prise en compte, celles-ci doivent être notifiées dans l'acte juridique encadrant le régime DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur).

L'accord de branche relatif à l'instauration de la couverture santé obligatoire a été signé avec l'IPSEC (Groupe EDEIS) sur le plan national au terme d'une mise en concurrence lancée par *Offices de Tourisme de France*. Le régime de base de cet accord est financé par une cotisation mensuelle d'un montant de 31,38€ réparti pour moitié entre l'employeur et le salarié (soit 15,69€ mensuel par salarié).

Cependant, il est possible de choisir un autre assureur que celui recommandé par la branche à la condition que le régime mis en place soit identique ou plus favorable à celui mis en place dans le cadre de l'accord de branche. Cette analyse doit s'effectuer ligne à ligne par prestations.

Aussi, après consultation de différentes mutuelles sur le plan local, l'Office de Tourisme et des Congrès a retenu le contrat labellisé de *Harmonie Mutuelle* qui répond aux prestations fixées dans le régime de base (cf. annexe).

Sur ces bases, il est proposé au Comité de Direction réuni le 16 décembre 2015,

- De fixer la participation de l'employeur par salarié à hauteur de 20 € maximum,
- D'autoriser le Directeur Générale à signer tous documents relatifs à ce dossier.

Après en avoir délibéré,

Le Comité de Direction

Par 11 voix pour, 0 voix contre, 0 abstention,

**FIXE :**

- La participation de l'employeur par salarié à hauteur de 20 € maximum,

**AUTORISE**

- Le Directeur Général à signer tous documents relatifs à ce dossier.

Ont signé, au registre, les membres présents.

Pour extrait conforme,

Fait à Valenciennes, le 16 décembre 2015

La Présidente,  
Élisabeth GONDY



# Montants maximum de remboursements

Ces montants sont communiqués à titre indicatif, ils sont calculés sur les bases de remboursements Sécurité sociale du 31 janvier 2015, dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés. • Montants indiqués remboursement au régime obligatoire compris, avant déduction de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. • Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

	NIVEAU 1 TNS	NIVEAU 1 SALARIES	NIVEAU 2 RENFORT 1	NIVEAU 3 RENFORT 2	NIVEAU 4 RENFORT 3	NIVEAU 5 RENFORT 4	NIVEAU 6 RENFORT 5	NIVEAU 7
<b>Niveau obligatoire souscrit par l'entreprise ou le dirigeant TNS</b>								
<b>Renfort facultatif ouvert aux salariés</b>								
<b>SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX</b>								
Consultations, visites, généralistes et spécialistes (BRSS : 23 €, praticiens adhérent ou CAS <sup>(M)</sup> )	23 €	23 €	23 €	28,90 €	34,50 €	39,10 €	52,90 €	92 €
Consultations, visites, généralistes et spécialistes (BRSS : 23 €, praticiens non adhérent ou CAS <sup>(M)</sup> )	23 €	23 €	23 €	23 €	29,90 €	34,50 €	46 €	46 €
<b>PHARMACIE</b>								
Médicaments remboursés : SMR important, modéré et faible (SMR = Service Médical Rendu)	Auvec reste à charge sur médicaments à SMR modéré et faible	Auvec reste à charge sur médicaments à SMR modéré et faible	Frans réels OU avec reste à charge sur médicaments à SMR modéré et faible	Frans réels OU avec reste à charge sur médicaments à SMR modéré et faible	Frans réels OU avec reste à charge sur médicaments à SMR modéré et faible	Frans réels	Frans réels	Frans réels
<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>								
Actes d'imagerie (IRM du genou, BRSS : 55 €, praticiens adhérent ou CAS <sup>(M)</sup> )	55 €	55 €	55 €	71,50 €	82,50 €	93,50 €	126,50 €	220 €
Actes d'imagerie (IRM du genou, BRSS : 55 €, praticiens non adhérent ou CAS <sup>(M)</sup> )	55 €	55 €	55 €	55 €	71,50 €	82,50 €	110 €	110 €
<b>APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX</b>								
Accessoire médical : achat tit médicalisé (BRSS : 1030 €)	1030 €	1030 €	1030 €	1287,50 €	1505 €	1802,50 €	2060 €	2175 €
Appareillage auditif (tous les 2 ans, pour un appareil, BRSS : 19971 €)	19971 €	19971 €	19971 €	39971 €	59971 €	59971 €	89971 €	89971 €
<b>HOSPITALISATION ET MATERNITÉ</b>								
Soin hospitalier : prothèse totale de genou (BRSS : 555 €, praticiens adhérent ou CAS <sup>(M)</sup> )	555 €	555 €	555 €	721,50 €	832,50 €	948,50 €	1276,50 €	2120 €
Soin hospitalier : prothèse totale de genou (BRSS : 555 €, praticiens non adhérent ou CAS <sup>(M)</sup> )	555 €	555 €	555 €	555 €	721,50 €	832,50 €	1110 €	1110 €
Forfait/journaier hospitalier	555 €	555 €	555 €	555 €	721,50 €	832,50 €	1110 €	1110 €
Chambre particulière avec nuitée et établissement conventionné <sup>(M)</sup>	555 €	555 €	555 €	555 €	721,50 €	832,50 €	1110 €	1110 €
Chambre particulière en ambulatoire et établissement conventionné <sup>(M)</sup>	555 €	555 €	555 €	555 €	721,50 €	832,50 €	1110 €	1110 €
<b>OPTIQUE (Montant indiqué hors part Sécurité sociale)</b>								
Enfants, moins de 18 ans - 1 équipement par an	40 €	40 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
Monture	12,19 €	12,19 €	12,19 €	15 €	18 €	20 €	22 €	28 €
Prise en charge pour un verre dans le réseau KALIVIA (Verre simple)	De 0,91 € à 31,16 €	De 0,91 € à 31,16 €	De 0,91 € à 31,16 €	11 €	13 €	15 €	17 €	22 €
Prise en charge pour un verre dans le réseau KALIVIA (Verre complexe)	De 10,57 € à 15,67 €	De 10,57 € à 15,67 €	De 10,57 € à 15,67 €	15 €	18 €	20 €	22 €	28 €
Prise en charge pour un verre dans le réseau KALIVIA (Verre très complexe)	De 17,44 € à 26,84 €	De 17,44 € à 26,84 €	De 17,44 € à 26,84 €	19 €	23 €	26 €	30 €	38 €
Adultes, 18 ans ou plus - 1 équipement tous les 2 ans	40 €	40 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
Monture	11 €	11 €	11 €	14 €	17 €	20 €	23 €	29 €
Prise en charge pour un verre dans le réseau KALIVIA (Verre simple)	De 0,91 € à 21,50 €	De 0,91 € à 21,50 €	De 0,91 € à 21,50 €	11 €	13 €	15 €	17 €	22 €
Prise en charge pour un verre dans le réseau KALIVIA (Verre complexe)	De 1,64 € à 24,74 €	De 1,64 € à 24,74 €	De 1,64 € à 24,74 €	15 €	18 €	20 €	22 €	28 €
Prise en charge pour un verre dans le réseau KALIVIA (Verre très complexe)	De 4,32 € à 39,81 €	De 4,32 € à 39,81 €	De 4,32 € à 39,81 €	19 €	23 €	26 €	30 €	38 €
Lentilles non prises en charge par le régime obligatoire (par an)	100 €	100 €	100 €	100 €	200 €	200 €	300 €	300 €
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil (par œil)	100 €	100 €	100 €	200 €	200 €	200 €	300 €	300 €
<b>DENTAIRE</b>								
Soins : obturation de carie trois faces (BRSS : 40,97 €)	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €
Prothèse céramique sur dent visible remboursée par le régime obligatoire (BRSS : 107,50 €)	107,50 €	161,25 €	215 €	278,75 €	342,50 €	406,25 €	470 €	533,75 €
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire (par semestre, BRSS : 193,50 €)	193,50 €	280,25 €	366,75 €	453,25 €	540,75 €	627,25 €	714,75 €	802,25 €
Implantologie (par implant dans la limite de 3 implants par an)	193,50 €	280,25 €	366,75 €	453,25 €	540,75 €	627,25 €	714,75 €	802,25 €
<b>MÉDECINES DOUCES</b>								
Océanopédie, chiropractie, micro-kinésithérapie (par an)	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €	40,97 €

BRSS : Base de remboursement Sécurité sociale \* CAS : Praticiens adhérent ou contrat d'accès aux soins - Non CAS : Praticiens non adhérent ou contrat d'accès aux soins • Prise en charge limitée à 60 millions € par an • Prise en charge intégrale ou à la carte • Les montants indiqués sont des montants maximaux et peuvent varier en fonction de la configuration de l'entreprise et de la situation personnelle de chaque salarié.



## Pourquoi un niveau 1 pour les TNS différent du niveau 1 pour les salariés de l'entreprise ?

Le minimum légal de la couverture santé TNS est fixé par la réglementation du contrat responsable (pour bénéficier de la déductibilité Madelin), tandis que celui de l'entreprise est fixé par celle de la généralisation de la complémentaire santé (couverture minimale).

En harmonie avec votre entreprise

[www.harmonie-mutuelle.fr](http://www.harmonie-mutuelle.fr)

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise au régime de droit commun, Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 516 516 472, siège social : 105, rue St-Jacques - 75014 Paris.

La Société BRSS TECH. CLASSE, agréée par l'Assurance Maladie, immatriculée au Répertoire du Commerce de MONTREUIL le n° 731 207 209, dont le siège social est fixé au 105, rue St-Jacques - 75014 Paris.

Harmonie Mutuelle Société est un organisme d'assurance mutuelle agréé par l'Assurance Maladie, immatriculé au Répertoire du Commerce de MONTREUIL le n° 731 207 209, dont le siège social est fixé au 105, rue St-Jacques - 75014 Paris.

KALIVIA, société par actions simplifiée, au capital de 5 200 000 €, enregistrée au tribunal de commerce de Paris le 12/01/2015, immatriculée au répertoire du Commerce de Paris le n° 519 028 552.



