



PARIS • 20 NOVEMBRE 2024

ENSEMBLE DES AGENTS SNCF

L'UNSA SIGNE LES ACCORDS SUR
LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

PRÉVENTION & SOINS POUR TOUS AMÉLIORÉS, POUVOIR D'ACHAT PRÉSERVÉ !

En l'absence d'accord de branche, le Groupe public unifié SNCF a engagé une négociation pour renouveler et étendre la protection sociale complémentaire aux salariés statutaires. Dossier.



Cette négociation a été conduite sur la base de l'expérience acquise avec le contrat de protection sociale complémentaire destiné aux seuls contractuels – signé en 2014 – et qui arrivait à échéance. Elle tient compte de la loi dite *de sécurisation de l'emploi* du 14 juin 2013 instaurant un principe de généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises à compter du 1^{er} janvier 2016.

EN NEUF POINTS POURQUOI L'UNSA SIGNE-T-ELLE CES ACCORDS ?

L'UNSA a décidé de signer ces trois accords pour des raisons tenant au très bon niveau de protection offert, au coût des cotisations et au principe de solidarité.



LES ACCORDS SOUMIS À LA SIGNATURE DES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRÉSENTATIVES TRAITENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES FRAIS DE SANTÉ ET POUR LA PRÉVOYANCE, EN COMPLÉMENT DES DEUX RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL ET RÉGIME SPÉCIAL) QUI COUVRENT DÉJÀ LES RISQUES MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ, RÉFORME, DÉCÈS, ACCIDENT DU TRAVAIL & MALADIE PROFESSIONNELLE.

EN BREF LE CALENDRIER

EN COURS

- Signature des contrats avec le groupement retenu : Malakoff-Humanis, Mutuelle générale des cheminots (MGC), Aésio & Carcept (Klesia).

NOVEMBRE › AVRIL

- Travaux de déploiement.

1^{ER} MAI 2025

- Mise en œuvre effective.

- #1 Maintien et amélioration** de la situation actuelle pour les contractuels bénéficiaires d'une complémentaire santé obligatoire depuis 2014.
- #2 Ouverture de nouveaux droits** pour les salariés statutaires, dont 90 % adhèrent à titre personnel à une complémentaire santé.
- #3 Part de cotisation des salariés** diminuée par rapport à la situation actuelle, soit 35 % *versus* 40 %.
- #4 Prise en compte** de plusieurs mécanismes de solidarité, conformément à l'esprit de la Sécurité sociale :
 - **solidarité** intergénérationnelle entre les actifs et les pensionnés aux faibles ressources, avec constitution d'un fonds de solidarité et possibilité pour l'ensemble des pensionnés d'adhérer à prix préférentiel pendant une durée de 12 mois ;
 - **solidarité** entre les actifs isolés et les actifs avec enfants à charge avec le principe d'une cotisation unique ;
 - **solidarité** entre les plus hauts revenus et les plus bas revenus avec une partie de la cotisation indexée sur le salaire, dans la limite d'un plafond ;
 - **solidarité** entre les contractuels et les statutaires, là aussi avec une cotisation unique, malgré la différence de remboursement entre régime général et régime spécial (*voir plus loin les raisons de ce choix*).
- #5 L'offre de haut niveau** négociée permet de faciliter l'accès aux soins des salariés et favorise une meilleure santé, le reste à charge envisagé sur les frais de santé est de l'ordre de 8 % *versus* 12 % constaté en moyenne pour les mutuelles cheminotes.
- #6 Ce niveau d'offre** est atteint par une baisse des coûts de gestion pour l'assureur compte tenu du nombre important d'adhérents, 12 % de coûts de gestion *versus* 20 % en moyenne pour les mutuelles cheminotes.
- #7 Pilotage des contrats** par des commissions paritaires de surveillance permettant une optimisation permanente des conditions du contrat.
- #8 Intégration** d'une mutuelle cheminote dans le groupement retenu.
- #9 Marqueur fort d'appartenance** à la communauté cheminote SNCF alors que la politique d'éclatement du Groupe ferroviaire se poursuit.

LES TROIS ACCORDS

- **Accord de groupe** formalisant un régime de remboursement des *frais de santé*.
- **Accord de groupe** formalisant un régime de prévoyance *incapacité, invalidité, décès*.
- **Accord de groupe** formalisant un régime de *maintien de salaire* en cas d'incapacité temporaire de travail du personnel relevant du régime général de la Sécurité sociale.

LES OBJECTIFS



- **Renforcer** le cadre social commun à tout le personnel de la SNCF dans le domaine de la protection sociale complémentaire.
- **Maintenir**, dans la durée, un haut niveau de garanties en matière de frais de santé.
- **Poursuivre** les efforts en faveur de la prévention et de l'amélioration de la santé de tous les bénéficiaires, qu'ils relèvent du régime général ou du régime spécial de la Sécurité sociale.
- **Maintenir**, dans la durée, un haut niveau de garanties en matière de décès et, le cas échéant, de prévoyance incapacité et invalidité.
- **Fidéliser** les salariés et accroître l'attractivité des différents métiers sur le marché de l'emploi.
- **Assurer** l'équilibre technique du régime.
- **Prendre en compte** les évolutions structurelles futures du Groupe et s'assurer de la cohérence de son cadre de protection sociale complémentaire.

PÉRIMÈTRE D'APPLICATION COMMUN AUX TROIS ACCORDS

LES ACCORDS CONCERNENT TOUS LES SALARIÉS STATUTAIRES & CONTRACTUELS

- De la **société** nationale SNCF.
- De la **société** SNCF Voyageurs.
- De la **société** SNCF Réseau.
- De la **société** Fret SNCF, y compris les deux filiales créées récemment Hexafret et Technis.
- De la **société** SNCF Gares & Connexions.
- De SNCF Optim'Services.
- De **leurs filiales** détenues majoritairement, de façon directe ou indirecte (filiale au sens de l'article L. 233-1 du Code du commerce) et leurs groupements d'intérêt économique.

MODALITÉ DE SUIVI DES ACCORDS : COMMISSION PARITAIRE DE SURVEILLANCE

En tant que signataire des accords, l'UNSA-Ferroviaire aura trois représentants siégeant dans les deux commissions paritaires de surveillance *frais de santé* et *prévoyance*.

LE RÔLE DE CES COMMISSIONS

- **Étudier** et apporter une solution aux litiges relatifs à l'application du régime.
- **Examiner** au moins une fois par an les éléments fournis par l'assureur sur la gestion et la situation financière du régime.
- **Procéder** à une analyse des équilibres financiers du contrat sur plusieurs années.
- **Proposer** des orientations à donner au régime.
- **Valider** toute augmentation ou diminution des cotisations et des prestations. ...

LES GARANTIES PRÉVUES DANS L'ACCORD FRAIS DE SANTÉ

LA COMPLÉMENTAIRE SOCLE

Elle est obligatoire et couvre le salarié SNCF (statutaire et contractuel) et ses enfants à charge. Le conjoint est couvert à titre facultatif. Les estimations de cotisation sont indiquées plus bas, en l'attente des montants définitifs qui seront communiqués par le groupement une fois les contrats signés.

LES DISPOSITIFS OPTIONNELS

Ils sont facultatifs et peuvent améliorer le niveau de la complémentaire santé obligatoire,

mais sont 100 % à charge du salarié.

LA COMPLÉMENTAIRE SOCLE ET LES SURCOMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES

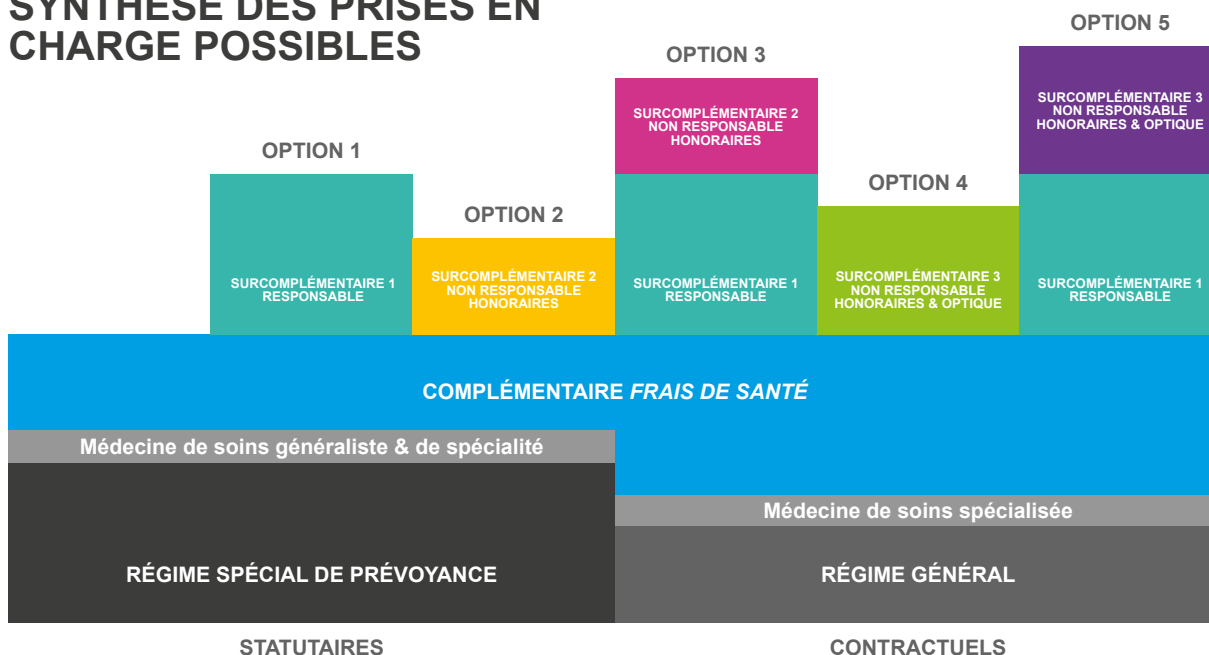
En fonction des problématiques de santé propres à chaque situation, il sera possible de réaliser une combinaison de cinq options en complément de la garantie socle avec des surcomplémentaires dites *responsables*¹ et *non-responsables*² proposées par le groupement. Un simulateur sera mis à disposition



L'OFFRE EN MÉDECINE DE SOINS ASSURÉE PAR LES CABINETS MÉDICAUX SNCF RESTE INCHANGÉE.

par le groupement retenu pour que chacun puisse évaluer l'intérêt de combiner les options sachant que la garantie socle offre déjà un très bon niveau de remboursement.

PARCOURS DE SOINS SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE POSSIBLES



¹Un contrat *responsable* a pour objectif de favoriser la maîtrise des dépenses de santé et de responsabiliser les patients et professionnels de santé. Les assurés doivent notamment respecter le parcours de soins coordonné et contribuer financièrement à la participation forfaitaire de 1,00 € sur les consultations, les soins, les médicaments ou supporter le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires.

Le caractère responsable d'un régime surcomplémentaire optimise son coût :
 • minimise le niveau de la taxe de solidarité additionnelle (13,27 % *versus* 20,27 %) ;
 • plafonne le niveau des couvertures pour respecter les critères responsables.

²Un contrat de *surcomplémentaire non responsable* permet de rendre accessible aux salariés une option hospitalisation et plus globalement une prise en charge des dépassements au-delà des plafonds responsables, mais se verra taxer au prix fort.

GARANTIES DU RÉGIME SOCLE

SOCLE	
HOSPITALISATION¹	
Frais de séjour	
En établissement conventionné	100 % FR
En établissement non conventionné	250 % BRSS
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	250 % BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	200 % BRSS
Actes techniques médicaux (externat)	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier² non remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR sans limitation de durée
Forfait patient urgence¹⁰	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100 % de la participation forfaitaire
Chambre particulière³ non remboursée par la Sécurité sociale	
Par nuitée. Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	2,50 % PMSS
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursé par la Sécurité sociale sur présentation d'une facture³	
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans, par nuitée	2,50 % PMSS
Hospitalisation à domicile (prise en charge par la Sécurité sociale)	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Forfait maternité ou adoption plénière	
Par enfant	20 % PMSS
DENTAIRE (AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL)	
Soins et prothèses 100 % santé**	Sans reste à payer ⁶
Soins et prothèses autres que 100 % santé	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, gingivectomie	100 % BRSS
Inlay-onlay	450 % BRSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BRSS
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	150 €
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-core) • Incisives, canines, prémolaires et molaires • Couronne sur implant	450 % BRSS
Inlay-core	450 % BRSS
Bridge	450 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines) par acte	360 €
Implantologie	
Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire par implant, 3 implants maximum par an et par bénéficiaire	400 €
Orthodontie⁴	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	300 % BRSS
Non remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	580,50 €

GARANTIES DU RÉGIME SOCLE

SOCLE	
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 MONTURE + 2 VERRES) POUR TOUS LES CAS DE RENOUVELLEMENTS, Y COMPRIS ANTICIPÉS, SE RÉFÉRER AUX CONDITIONS GÉNÉRALES	
Équipement 100 % santé** (classe A) ⁹ Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	Sans reste à payer ⁷
Équipement autre que 100 % santé (classe B)⁹, y compris le remboursement de la sécurité sociale, par bénéficiaire	
Monture	100 € (inclus dans l'équipement)
Équipement avec 2 verres simples y compris monture	260 €
Équipement avec 2 verres complexes y compris monture	670 €
Équipement avec 2 verres très complexes y compris monture	800 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 % BRSS
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire ¹³	200 € (100 % BRSS minimum)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire ¹³	200 €
Chirurgie optique réfractive	
Par œil et par bénéficiaire	500 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE, RENOUVELLEMENT TOUS LES 4 ANS	
Équipement 100 % santé** (classe I***)	Sans reste à payer ⁷
Équipement autre que 100 % santé (classe II***) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale, par oreille et par bénéficiaire	100 % BRSS + 1 000 €
Accessoires et fournitures	100 % BR
SOINS COURANTS AUPRÈS D'UN PROFESSIONNEL CONVENTIONNÉ OU NON	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne	
Chez un généraliste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200 % BRSS
Chez un spécialiste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200 % BRSS
Télésurveillance médicale et dispositifs médicaux numériques, y compris à visée thérapeutique, remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR
Actes techniques médicaux	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200 % BRSS
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	200 % BRSS
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	100 % BRSS
Dispositif Mon soutien psy	
Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité sociale (12)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS 300 % BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)

GARANTIES DU RÉGIME SOCLE

	SOCLE
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optiques	250 % BRSS
Non remboursé par la SS	150 € / an / bénéficiaire
Fauteuil roulant	480 % BRSS
Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné, hors SMUR ⁵	100 % BRSS
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BRSS
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel par bénéficiaire	Non concerné
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale	
Forfait transport et hébergement thermal (forfait global annuel)	Non concerné
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65 % ¹¹	100 % BRSS
Médicaments remboursés à 30 % ¹¹	100 % BRSS
Médicaments remboursés à 15 % ¹¹	15 % BRSS
Préparation magistrale remboursable à 65 %	100 % BRSS
Vaccin préventif du cancer du col de l'utérus remboursé par la SS	100 % BRSS
• Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale • Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale • Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	Non concerné
Médecine additionnelle et de prévention (sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel) non remboursée par la sécurité sociale	
Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale (acupuncteur, ostéopathe, chiropraticien, psychomotricien, pédicure / podologue, diététicien, psychologue, tabacologue)	150 € par an et par bénéficiaire
Actes spécifiques	
Amniocentèse non remboursée par la Sécurité sociale, par acte	150 €
Actes de prévention	
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁸	100 % BR

© L'UNSA-FERROVIAIRE D'APRÈS MALAKOFF-HUMANIS

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale.

BR-SS : base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE : dépense effective (montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale).

TM : ticket modérateur – différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

RO : régime obligatoire (Sécurité sociale).

RC : régime complémentaire.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, au 1^{er} janvier 2024, il était de 3 864 €).

^{*}Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

^{**}Tels que définis réglementairement : dispositif **100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

^{***}Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.

¹En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

²Hors établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

³La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et / ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

⁴Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

⁵**SMUR** : service médical d'urgence régionale. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

⁶Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

⁷Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

⁸La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

⁹L'équipement optique de classe A est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du **100 % Santé**.

L'équipement optique de classe B : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

¹⁰Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

¹¹Médicaments délivrés par des pharmacies d'officine et pharmacies autorisées à vendre sur internet telles que répertoriées par l'Ordre national des pharmaciens sur son site www.ordre.pharmacien.fr/e-commerce/search.

Médicaments identifiables par leurs taux de TVA : 2,1 %, 5,5 % ou 10 %. Les produits vendus en pharmacie au taux de 20 % ne relèvent pas de la garantie.

¹²Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr.

¹³Les prestations remboursées et non remboursées ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

QUELQUES EXEMPLES DE RESTE À CHARGE SUR DES SOINS COURANTS (STATUTAIRES ET CONTRACTUELS)

Spécialité	Nature des soins	Frais engagés	Remboursement du régime socle obligatoire	Reste à charge avec complémentaire socle obligatoire	Reste à charge avec l'option 1 (voir schéma page 4)	Reste à charge avec l'option 2 (voir schéma page 4)	Reste à charge avec l'option 3 (voir schéma page 4)	Reste à charge avec l'option 4 (voir schéma page 4)	Reste à charge avec l'option 5 (voir schéma page 4)
Dentaire	Honoraire orthodontiste (par semestre)	800,00 €	387,00 €	219,50 €	74,38 €	219,50 €	74,38 €	219,50 €	74,38 €
	Couronne remboursée panier libre	570,00 €	420,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
	Couronne non remboursée	580,00 €	360,00 €	220,00 €	40,00 €	220,00 €	40,00 €	220,00 €	40,00 €
Optique	Équipement panier libre	350,00 € (monture à 150 € + 2 verres simples à 200 €)	259,91 €	90,00 €	50,00 €	90,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €
	Équipement panier libre	650,00 € (monture à 150 € + 2 verres simples à 500 €)	599,91 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €
Aide auditive	Prothèses audio 2 oreilles	2 500,00 €	1 020,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Pratique médicale courante	Consultation généraliste secteur 2 non signataire convention DPTM*	40,00 €	23,90 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €
	Consultation spécialiste secteur 2 non signataire convention DPTM*	75,00 €	29,90 €	31,00 €	31,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €
Prévention non remboursée SS	1 consultation ostéopathe	65,00 €	65,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	100,00 €	100,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Honoraires praticien conventionné non adhérent au DPTM*	1 000,00 €	365,00 €	270,00 €	270,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Chambre particulière établissement conventionné (exemple pour 5 jours)	500,00 €	490,63 €	9,38 €	0,00 €	9,38 €	0,00 €	9,38 €	0,00 €

*Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

MONTANT DE LA COTISATION POUR LE RÉGIME SOCLE

QUI PAIE QUOI ?

Le financement du régime socle collectif et obligatoire est partagé entre l'employeur (65 %) et le salarié (35 %).

LA SOLIDARITÉ

La cotisation *salarié + enfants* est obligatoire et identique pour tous les salariés, quelle que soit leur situation de famille et le nombre d'enfants à charge. De fait, ce choix instaure une solidarité entre les salariés isolés et les salariés avec enfants à charge.

La cotisation est identique entre salariés du régime général et régime spécial de Sécurité sociale (sauf particularité maintenue

pour l'Alsace-Moselle). En effet, même si les remboursements de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel du ferroviaire (CPRPF) sont plus favorables pour les statutaires, du point de vue de l'assureur, le rapport sinistre / cotisation est défavorable du fait de la pyramide des âges. La moyenne d'âge des contractuels est beaucoup plus basse que celle des statutaires.

DEUX BASES DE RÉFÉRENCE

La cotisation emporte également un niveau de solidarité en fonction du revenu (cotisation moins élevée pour les bas salaires et plus élevée



pour les salaires plus importants dans la limite de la tranche1) :

- **pourcentage du salaire (part variable)** : limité à la tranche1 représentant 60 % du montant global de la cotisation ;
- **pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)** : partie forfaitaire représentant 40 % du montant global de la cotisation. ...

PROJET DE COTISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR LES SALARIÉS (EN ATTENTE DE LA COMMUNICATION DES CONTRATS APRÈS SIGNATURE DES MARCHÉS)				
Les montants ne tiennent pas compte de la cotisation de 4 € pour le fonds de solidarité intergénérationnelle				
SALARIÉ	SALAIRE MENSUEL BRUT	EMPLOYEUR 65 %	SALARIÉ 35 %	TOTAL
Statutaire et contractuel	1 500 €	40 €	21 €	61 €
	2 000 €	45 €	24 €	69 €
	2 500 €	51 €	27 €	78 €
	3 000 €	56 €	30 €	86 €
	3 500 €	62 €	33 €	95 €
	4 000 €	67 €	36 €	103 €
	4 500 €	67 €	36 €	103 €
Contractuel Alsace-Moselle	1 500 €	27 €	14 €	41 €
	2 000 €	30 €	16 €	46 €
	2 500 €	34 €	18 €	52 €
	3 000 €	38 €	20 €	58 €
	3 500 €	42 €	22 €	64 €
	4 000 €	45 €	24 €	69 €
	4 500 €	45 €	24 €	69 €

PROJET DE COTISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR LE CONJOINT 100 % À SA CHARGE (EN ATTENTE DE LA COMMUNICATION DES CONTRATS APRÈS SIGNATURE DES MARCHÉS)	
CONJOINT	TOTAL
Conjoint	89 €
Conjoint Alsace-Moselle	59 €

QUELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR LES PENSIONNÉS ?

QUE DIT LA LOI ?

La loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 prévoit le maintien de la garantie collective relative au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident en cas de sortie pour les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou de revenus de remplacement, s'ils sont privés d'emploi, sans limites de durée et les ayants droit d'un salarié décédé (pour une durée minimum de 12 mois à partir du décès).

QUI PAIE ?

Le pensionné supporte seul la totalité de la cotisation, mais celle-ci est encadrée. Cette possibilité est donc ouverte depuis 2014 pour

les contractuels SNCF répondant aux critères de la loi Évin.

QUE RETENIR ?

Le marché global du contrat pour les 150 000 cheminots d'une durée de cinq ans a permis d'obtenir une proposition de couverture à tarif préférentiel pour les pensionnés.

Par ailleurs, la mise en place d'un fonds de solidarité intergénérationnelle permettra de verser une aide de 30 € pour le paiement de la complémentaire santé des pensionnés ayant les plus faibles ressources, soit environ 30 % de bénéficiaires potentiels. Ce fonds sera exclusivement financé par les salariés actifs à hauteur de 4 € par mois et fera l'objet d'un suivi par la commission paritaire.

PROJET DE COTISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR LES RETRAITÉS (EN ATTENTE DE LA COMMUNICATION DES CONTRATS APRÈS SIGNATURE DES MARCHÉS)



L'UNSA a obtenu que l'ensemble des retraités actuels puissent bénéficier d'une complémentaire santé négociée avec un tarif groupe. Le tarif est fonction du niveau de couverture choisi (trois niveaux) et de l'âge au moment de l'adhésion. Le tarif n'évoluera ensuite pas en fonction de l'âge. Les retraités auront un an maximum pour choisir cette complémentaire. Il ne sera ensuite plus possible d'accéder à ces tarifs. Les futurs retraités pourront en bénéficier au moment de leur départ en retraite. ...

CONTRACTUELS (PAR MOIS ET PAR ADULTE)

GARANTIES	< 65 ANS	65-69 ANS	70-74 ANS	> 75 ANS
Niveau 1	88 €	92 €	97 €	101 €
Niveau 2	118 €	123 €	129 €	135 €
Niveau 3	147 €	154 €	162 €	169 €

STATUTAIRES (PAR MOIS ET PAR ADULTE)

GARANTIES	< 65 ANS	65-69 ANS	70-74 ANS	> 75 ANS
Niveau 1	75 €	79 €	82 €	86 €
Niveau 2	100 €	105 €	110 €	115 €
Niveau 3	125 €	131 €	137 €	143 €

LES GARANTIES PRÉVUES DANS LES ACCORDS PRÉVOYANCE



SALARIÉS CONTRACTUELS

- **Les garanties actuelles des salariés contractuels sont conservées** : maintien de salaire incapacité, arrêt de travail maladie, invalidité et décès.
- **La rente de conjoint existante est modifiée** : elle passera de 30 % d'une année de salaire sous déduction des pensions de réversion d'assurance vieillesse à 15 % d'une année de salaire, en complément des pensions de réversion d'assurance vieillesse (CNAV et AGIRC-ARRCO). Elle sera versée jusqu'à la retraite.

SALARIÉS STATUTAIRES

- **Les prestations** en cas de décès permettent de bénéficier de garanties supplémentaires à celles prévues par la CPRPF. L'alignement des garanties avec les contractuels se fera sur les garanties décès (capital et rente éducation).
- **Concernant le maintien de salaire en cas de maladie**, les statutaires continueront de bénéficier du chapitre 12 du statut.
- **Les statutaires ne sont pas éligibles** aux garanties *invalidité* puisqu'ils relèvent de la réforme (retraite anticipée) en cas d'incapacité définitive (chapitre 12). ...

TABLEAU DES GARANTIES

	OPTION 1	OPTION 2	
DÉCÈS	DÉCÈS TOUTES CAUSES		
	En cas de décès de l'assuré		
	Quelle que soit la situation familiale	300 % (T1+T2)	200 % (T1+T2)
	Majoration par enfant à charge	70 % (T1+T2) (sous déduction des prestations du régime de base)	- (sous déduction des prestations du régime de base)
	PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES		
	Capital par anticipation	Versement par anticipation du capital décès (ou capital + rente éducation) en cas de reconnaissance d'une invalidité absolue et définitive	
	DOUBLE EFFET		
	Capital supplémentaire en cas de décès postérieur du conjoint s'il existe un enfant à charge	100 % capital décès toutes causes de l'option choisie (y compris majorations)	
DÉCÈS ACCIDENTEL	FRAIS D'OBSÈQUES		
	En cas de décès de l'assuré	200 % PMSS	
RENTE CONJOINT	DÉCÈS ACCIDENTEL		
	Capital supplémentaire	50 % capital décès toutes causes de l'option choisie (y compris majorations)	
RENTE ÉDUCATION ³	RENTE TEMPORAIRE ^{1, 2}		
	Versement d'une rente annuelle	15 % (T1+T2)	
	RENTE TEMPORAIRE		
	En cas de décès de l'assuré, versement à chaque enfant à charge		
	Jusqu'au 22 ^e anniversaire	-	20 % (T1+T2) sous déduction des prestations du régime de base
	De 22 ans au 27 ^e anniversaire si études	-	20 % (T1+T2) sous déduction des prestations du régime de base
	RENTE HANDICAP VIAGÈRE		
	En cas de décès de l'assuré, versement à chaque enfant handicapé à charge	-	25 % (T1+T2) sous déduction des prestations du régime de base
	RENTE ORPHELIN		
	Pour l'enfant orphelin de ses deux parents du fait du décès de l'assuré	-	Versement d'une rente complémentaire 8 % par enfant à charge < 17 ans (sous déduction des prestations du régime de base)
INCAPACITÉ TEMPORAIRE & INVALIDITÉ PERMANENTE	INCAPACITÉ TEMPORAIRE ⁴ (sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale)		
	Franchise	En relais des obligations de maintien de salaire ou après 180 jours continus pour les salariés non bénéficiaires du maintien de salaire	
	Indemnités journalières complémentaires	80 % (T1+T2)	
	INVALIDITÉ PERMANENTE ⁴ (sous déduction de la pension d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale)		
	Invalidité 3 ^e catégorie de la Sécurité sociale ou taux d'incapacité permanente dont le taux est ≥ 66 % avec recours à l'assistance d'une tierce personne	80 % (T1+T2)	
	Invalidité 2 ^e catégorie de la Sécurité sociale ou taux d'incapacité permanente dont le taux est ≥ 66 %	80 % (T1+T2)	
	Invalidité 1 ^{re} catégorie de la Sécurité sociale ou taux d'incapacité permanente dont le taux est compris entre ≥ 33 % et < 66 %	60 % de la rente d'invalidité 2 ^e catégorie	

T1 : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

T2 : tranche de salaire comprise entre un 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, au 1^{er} janvier 2024 : 3 864 €).

¹Rente versée jusqu'à l'âge de départ à la retraite ou l'âge légal de départ à la retraite pour les conjoints n'ayant jamais travaillé

²Au moment du sinistre, le bénéficiaire aura le choix entre le versement trimestriel de la rente de conjoint temporaire ou le versement d'un capital unique.

³L'ensemble des allocations d'éducatrices est limité à 80 % par famille / an.

⁴Pour les assurés en incapacité dont le contrat de travail est rompu et pour les invalides, l'ensemble des prestations perçues par l'assuré ne pourra être supérieur à son salaire net. L'ensemble des prestations regroupe la rémunération versée par l'employeur, les prestations versées en application du présent contrat, celles servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance collective obligatoire ou celles versées par l'assurance chômage. S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

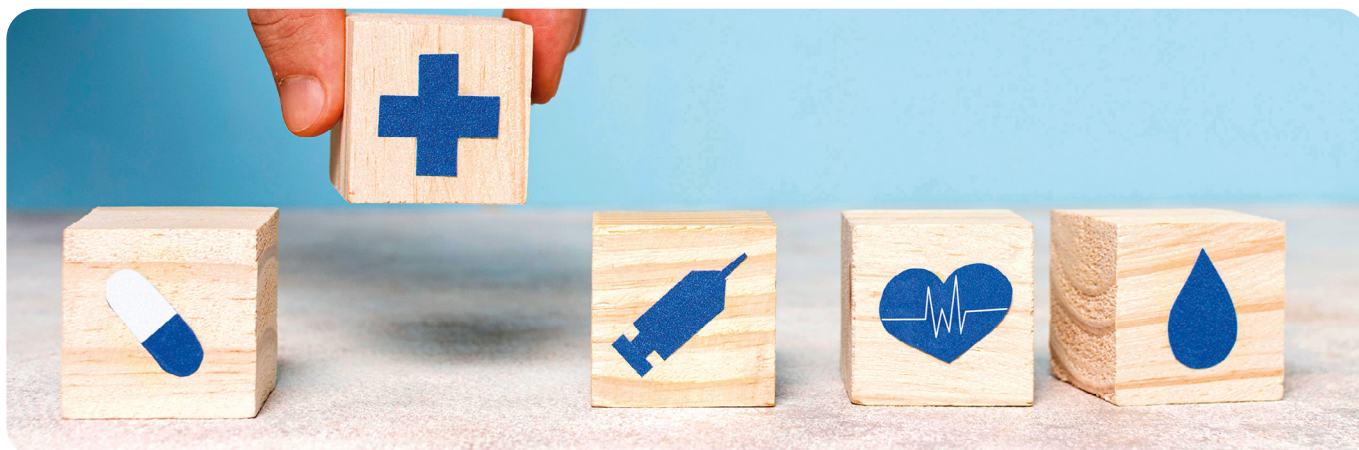


MONTANT DE LA COTISATION POUR LA PRÉVOYANCE

Le financement du régime prévoyance est partagé entre l'employeur (60 %) et le salarié (40 %). Les cotisations sont exprimées en pourcentage des tranches 1 et 2 des salaires. La cotisation prévoyance est différenciée entre statutaires et contractuels en raison des écarts importants de fonctionnement des régimes de base. ...

COTISATION POUR LA PRÉVOYANCE		
TAUX	STATUTAIRES	CONTRACTUELS
Tranche 1	0,67 %	1,59 %
Tranche 2	0,67 %	2,30 %

PROJET DE COTISATION DE PRÉVOYANCE POUR LES SALARIÉS (EN ATTENTE DE LA COMMUNICATION DES CONTRATS APRÈS SIGNATURE DES MARCHÉS) Le différentiel de cotisation pour la prévoyance s'explique par le niveau différent de garanties couvertes				
SALARIÉ	SALAIRE MENSUEL BRUT	EMPLOYEUR (60 %)	SALARIÉ (40 %)	TOTAL
Statutaire	1 500 €	6 €	4 €	10 €
	2 000 €	8 €	5 €	13 €
	2 500 €	10 €	7 €	17 €
	3 000 €	12 €	8 €	20 €
	3 500 €	14 €	9 €	23 €
	4 000 €	16 €	11 €	27 €
	4 500 €	18 €	12 €	30 €
Contractuel	1 500 €	14 €	10 €	24 €
	2 000 €	19 €	13 €	32 €
	2 500 €	24 €	16 €	40 €
	3 000 €	29 €	19 €	48 €
	3 500 €	33 €	22 €	56 €
	4 000 €	38 €	25 €	64 €
	4 500 €	45 €	30 €	75 €



DISPENSE D'ADHÉSION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



Des possibilités de dispense sont prévues par la réglementation et l'accord de groupe. Elles sont instruites sur demande écrite du salarié. On distingue deux types de dispenses.

#1 DISPENSES SIMPLES, PRÉVUES PAR L'ACCORD

- **Salarié en CDD ou contrat de mission** qui est au moins égale à 12 mois et qui justifie, par ailleurs, d'une couverture à titre individuel pour les mêmes garanties.
- **Salarié en CDD ou contrat de mission** inférieur à 12 mois, même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

- **Salarié à temps partiel ou apprenti** pour qui l'adhésion au contrat de groupe le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

#2 DISPENSES DE DROIT, PRÉVUES PAR LA RÉGLEMENTATION

- **Salarié déjà bénéficiaire** d'une couverture complémentaire santé relevant d'un des dispositifs listés par arrêté (par exemple, il est déjà couvert à titre obligatoire par la mutuelle d'entreprise de son conjoint).
- **Salarié bénéficiaire** de la complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C et ACS) jusqu'à la fin de cette aide.

QUELS IMPACTS SUR LES COTISATIONS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ENTRE LA SITUATION ACTUELLE ET FUTURE ?

STATUTAIRES

La quasi-totalité des cheminots statutaires devrait payer des cotisations moins élevées pour un haut niveau de protection souvent supérieur au niveau de protection proposée par les mutuelles. Les tableaux de la page suivante permettent de faire une projection pour les statutaires qui dans l'immense majorité des cas ont souscrit une mutuelle en complément de leur régime de base d'assurance maladie.



CONTRACTUELS

Pour les adhérents actuels à la complémentaire obligatoire, en fonction de la composition familiale, il existe des situations où ils verraient leur niveau de cotisation augmenter.

La négociation a permis d'obtenir des compensations pour pallier la perte d'un droit acquis.

La part patronale rehaussée à 65 % participe également à cet effet de lissage des cotisations des salariés, quel que soit leur statut. ...

COMBIEN ME COÛTERA LA TOTALITÉ DES COTISATIONS FRAIS DE SANTÉ + PRÉVOYANCE + FONDS DE SOLIDARITÉ ?

	SALAIRE MENSUEL BRUT	PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE	FONDS DE SOLIDARITÉ	PRÉVOYANCE	MONTANT TOTAL
Statutaire	1 500 €	21 €	4 €	4 €	29 €
	2 000 €	24 €	4 €	5 €	33 €
	2 500 €	27 €	4 €	7 €	38 €
	3 000 €	30 €	4 €	8 €	42 €
	3 500 €	33 €	4 €	9 €	46 €
	4 000 €	36 €	4 €	11 €	51 €
	4 500 €	36 €	4 €	12 €	52 €
Contractuel	1 500 €	21 €	4 €	10 €	35 €
	2 000 €	24 €	4 €	13 €	41 €
	2 500 €	27 €	4 €	16 €	47 €
	3 000 €	30 €	4 €	19 €	53 €
	3 500 €	33 €	4 €	22 €	59 €
	4 000 €	36 €	4 €	25 €	65 €
	4 500 €	36 €	4 €	30 €	70 €
Contractuel Alsace-Moselle	1 500 €	14 €	4 €	10 €	28 €
	2 000 €	16 €	4 €	13 €	33 €
	2 500 €	18 €	4 €	16 €	38 €
	3 000 €	20 €	4 €	19 €	43 €
	3 500 €	22 €	4 €	22 €	48 €
	4 000 €	24 €	4 €	25 €	53 €
	4 500 €	24 €	4 €	30 €	58 €

COMPARATIF DES COTISATIONS POUR DES GARANTIES COMPARABLES À CELLES PROPOSÉES PAR LE GROUPEMENT RETENU PAR L'ENTREPRISE (SUR LA BASE DES TARIFS DE MUTUELLES CHEMINOTES)

STATUTAIRES		
SALARIÉ	SITUATION ACTUELLE	SITUATION FUTURE
Seul	A souscrit une mutuelle individuelle. Cotiserait en 2025 entre 50 € et 80 € mensuel suivant son âge.	Cotisera entre 21 € et 36 € mensuel suivant son niveau de salaire.
Couple de statutaires	A souscrit une mutuelle individuelle chacun. Cotiseraient en 2025 entre 100 € et 160 € mensuel suivant leurs âges.	Cotiseront entre 42 € et 72 € mensuel suivant leurs niveaux de salaire.
Famille monoparentale	A souscrit une mutuelle individuelle. Cotiserait en 2025 entre 85 € et 115 € mensuel suivant son âge.	Cotisera entre 21 € et 36 € mensuel suivant son niveau de salaire.
Avec enfants et dont le conjoint bénéficie d'une mutuelle d'entreprise	A souscrit une mutuelle individuelle pour lui et ses enfants. Cotiserait en 2025 entre 85 € et 115 € mensuel suivant son âge.	Cotisera entre 21 € et 36 € mensuel suivant son niveau de salaire.
Avec enfants et dont le conjoint ne bénéficie pas d'une mutuelle d'entreprise	A souscrit une mutuelle individuelle. Cotiseraient en 2025 entre 135 € et 195 € mensuel suivant leurs âges.	Cotisera entre 110 € et 125 € mensuel suivant son niveau de salaire, y compris la cotisation de 89 € pour le conjoint.

CONTRACTUELS			
SALARIÉ	SITUATION ACTUELLE	SITUATION FUTURE	COMPENSATION
Seul	Cotise en isolé. Aurait cotisé en 2025 entre 18 € et 29 € mensuel.	Augmentation entre 7 € et 11 € mensuels (solidarité familles).	Augmentation neutralisée par la compensation salariale entre 3 € et 7 € et participation patronale à 65 %.
Couple de contractuels	Une seule cotisation en famille pour deux. Aurait cotisé entre 45 € et 73 € mensuel.	Augmentation entre 7 € et 8 € mensuel.	Chaque contractuel va devoir payer sa cotisation (incluant les enfants). Effet neutralisé par la participation patronale à 65 %.
Famille monoparentale	Cotisait en famille. Aurait cotisé entre 45 € et 73 € mensuel.	Diminution de la cotisation entre 24 € et 37 € mensuel.	Sans objet. Le régime produit un effet de solidarité envers les familles monoparentales.
Avec enfants et dont le conjoint bénéficie d'une mutuelle d'entreprise	Cotisait en famille. Aurait cotisé entre 45 € et 73 € mensuel.	Diminution de la cotisation entre 24 € et 37 € mensuel.	Le régime produit un effet de solidarité envers les familles.
Avec enfants et dont le conjoint ne bénéficie pas d'une mutuelle d'entreprise	Cotise en famille. Aurait cotisé en 2025 entre 45 € et 73 € mensuel.	Augmentation estimée entre 46 € et 61 € mensuel.	Augmentation neutralisée par la compensation salariale de 50 € et la participation patronale à 65 %.