



AG2R LA MONDIALE

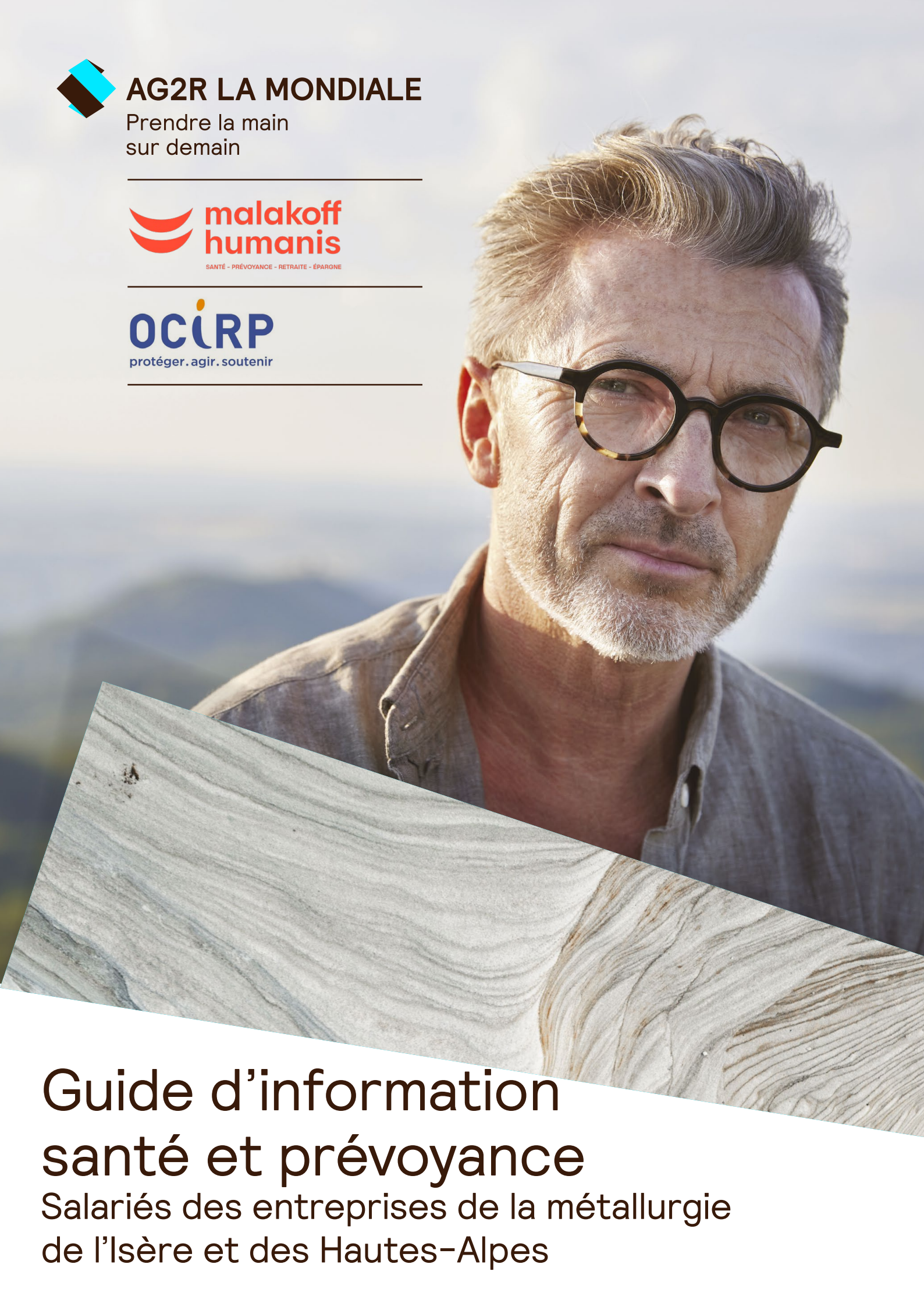
Prendre la main
sur demain



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

OCIRP

protéger. agir. soutenir



Guide d'information santé et prévoyance

Salariés des entreprises de la métallurgie
de l'Isère et des Hautes-Alpes

Sommaire

3	Présentation	20	Aides du fonds de solidarité santé
4	Régime santé	23	Aides du fonds de solidarité prévoyance
14	Régime prévoyance		
19	Le Degré élevé de solidarité de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes		

Présentation

Le 29 août 2022, les partenaires sociaux territoriaux ont conclu un accord autonome relatif à la protection sociale complémentaire des salariés non-cadre et cadres des entreprises de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes. La protection sociale complémentaire s'entend aussi bien en frais de soins de santé que des prestations en prévoyance (incapacité, invalidité, décès).

Les parties sont convaincues qu'un niveau élevé de protection sociale complémentaire doit permettre d'atténuer les conséquences pécuniaires des aléas de la vie subis par les salariés des entreprises en concourant à accroître l'attractivité des métiers de la métallurgie et renforcer le tissu industriel des départements de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Par ailleurs, soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux ont procédé à la labellisation des offres de plusieurs organismes assureurs : AG2R Prévoyance, Malakoff Humanis Prévoyance et l'OCIRP (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance) pour la rente éducation, qui se sont engagés à appliquer un tarif unique et à offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés bénéficiaires.

Ce guide vous présente vos différentes garanties, cotisations prévoyance et frais de santé ainsi que les dispositifs relevant du Degré élevé de solidarité (DES) mis en place et négociés par vos partenaires sociaux.



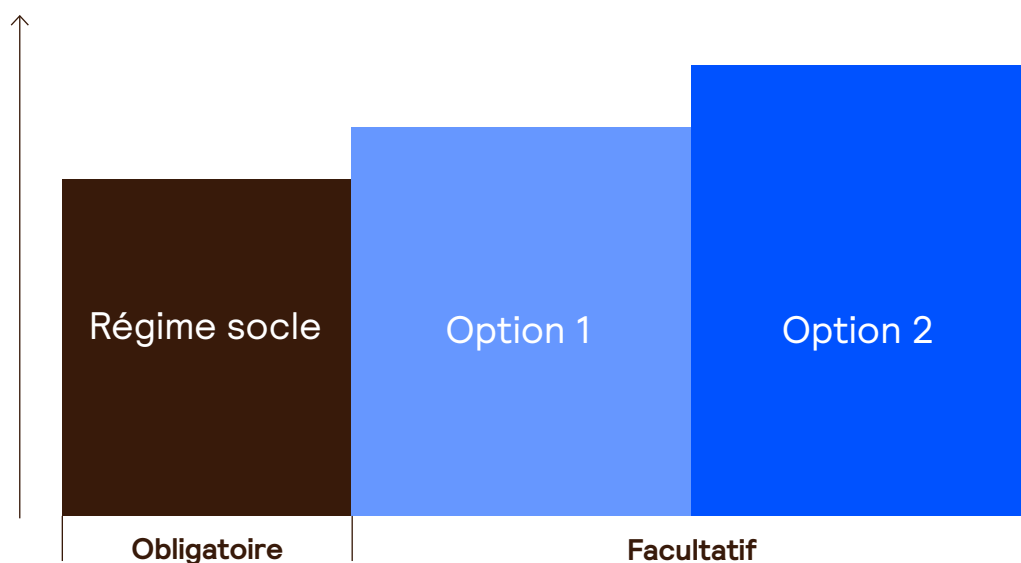
Régime santé

Ces garanties comprennent :

- un régime socle obligatoire pour le salarié et facultatif pour ses ayants droit (conjoint / enfant) ;
- un régime surcomplémentaire facultatif ou obligatoire avec un choix entre 2 options pour compléter le remboursement des frais garantis par le régime socle.

Pour bénéficier du régime surcomplémentaire, l'affiliation au régime socle obligatoire est indispensable.

Niveau de protection



L'entreprise peut également souscrire le niveau optionnel à titre obligatoire.

Garanties en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

– OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

– OPTAM-CO : Option pratique tarifaire Maîtrisée – Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réellement engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

Hospitalisation

Nature des frais		Niveau d'indemnisation		
		Régime de base	Option 1	Option 2
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour, salle d'opération		150 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Forfait patient urgence (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Forfait actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Honoraires				
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM :	150 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM	130 % BR	+ 35 % BR	+ 70 % BR
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)		60 € par jour	-	+ 5 € par jour
Frais d'accompagnement				
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 17 ans (sur présentation d'un justificatif)		60 € par jour	-	-

Transport

Nature des frais		Niveau d'indemnisation		
		Régime de base	Option 1	Option 2
Transport remboursé SS		100 % BR	-	-

Soins courants

Nature des frais	Niveau d'indemnisation			
	Régime de base	Option 1	Option 2	
Honoraires médicaux				
Remboursés SS				
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	+ 15 % BR	+ 65 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	150 % BR	+ 20 % BR	+ 70 % BR
	Non adhérents DPTM :	130 % BR	+ 20 % BR	+ 70 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	150 % BR	+ 35 % BR	+ 85 % BR
	Non adhérents DPTM :	130 % BR	+ 35 % BR	+ 70 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	150 % BR	-	-
	Non adhérents DPTM :	130 % BR	-	-
Non remboursés SS				
Chiropractie, Ostéopathie, Psychomotricité, Étiopathie, Acupuncture, Tabacologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS ou pour les étioopathes, par un professionnel diplômé admis au registre national des étioopathes et/ou sur présentation des pièces requises)	25 € par acte, limité à 4 actes par année civile	-	+ 80 € par acte, limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	-	-	
Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR	-	-	
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	-	-	
Forfait actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-	
Médicaments				
remboursés SS	100 % BR	-	-	
Pharmacie (hors médicaments)				
remboursée SS	100 % BR	-	-	
non remboursée SS	-	-	-	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % FR	-	-	
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	RSS + crédit de 600 € par année civile (au minimum 200 % BR)	-	-	
Actes de prévention remboursés SS				
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-	

Aides auditive

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Régime de base	Option 1	Option 2
Equipements 100 % Santé (*)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	-	-
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		-	-

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Régime de base	Option 1	Option 2
Equipements libres (***)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	1 700 € (**)	-	-
Aides auditives pour les personnes jusqu'à 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		-	-
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100 % BR	-	-

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

Dentaire

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Régime de base	Option 1	Option 2
Soins et prothèses 100 % Santé (**)			
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		-	-
Prothèses			
Panier maîtrisé (**)			
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF	-	-
Inlay core	300 % BR dans la limite des HLF	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR dans la limite des HLF	+ 50 % BR dans la limite des HLF (***)	+ 100 % BR dans la limite des HLF (***)
Panier libre (***)			
Inlay, onlay	300 % BR	-	-
Inlay core	300 % BR	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention (y compris la parodontologie remboursée SS)	125 % BR	-	-
Autres actes dentaires remboursés SS			
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	-	-
Actes dentaires non remboursés SS			
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	260 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Parodontologie non remboursée SS	-	Crédit de 200 € par année civile	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 300 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 200 € par année civile
Orthodontie non remboursée SS	250 % BR reconstituée	+ 50 % BRR	+ 150 % BRR

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Régime de base	Option 1	Option 2
Equipements 100 % Santé (*)			
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	-	-
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	-	-
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	-	-
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	-	-
Equipements libres (***)			
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 € maximum	-	-
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	-	-
Autres dispositifs médicaux d'optique			
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 50 € par paire et par année civile	+ Crédit de 100 € par paire et par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200 € par année civile	+ Crédit de 30 € par année civile	+ Crédit de 80 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 150 € par année civile	-	-

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
 - Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
 - Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
 - La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
 - Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
- (***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verre	Montant en € par verre (RSS inclus)
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple	75 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe	125 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe	125 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe	125 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe	125 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe	125 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	Très complexe	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe	150 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe	150 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe	175 €
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexe	175 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe	175 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Grille optique « verres classe B » - Option 1

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verre	Montant en € par verre (RSS inclus)
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple	7 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe	Néant
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple	7 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple	7 €
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe	Néant
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe	Néant
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe	Néant		
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe	Néant
		SPH < à -4 ou > à + 4	Très complexe	Néant
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe	26 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe	26 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe	1 €
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexe	1 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe	1 €		

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Grille optique « verres classe B » - Option 2

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verre	Montant en € par verre (RSS inclus)
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple	19 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe	9 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple	19 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple	19 €
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe	Néant
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe	Néant
SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe	9 €		
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe	2 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	Très complexe	Néant
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe	53 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe	53 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe	28 €
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexe	28 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe	28 €		

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Autres frais

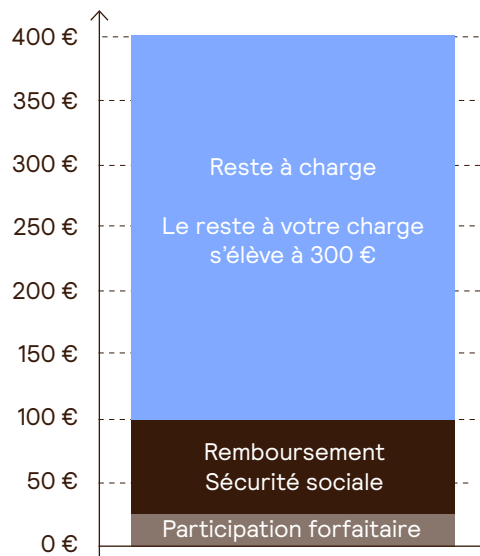
Nature des frais	Niveau d'indemnisation		
	Régime de base	Option 1	Option 2
Cure thermale remboursée SS			
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	-	-
Frais de voyage et hébergement	RSS + Forfait de 250 €	+ Forfait de 50 €	+ Forfait de 100 €
Forfait maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 450 €	+ Forfait de 50 €	+ Forfait de 100 €
Télésurveillance médicale remboursés SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR	-	-
Assistance	Protocole n° 922816	-	-

Les remboursements frais de santé

Exemple pour une pose inlay en panier libre d'un montant de 400 € :

Sans la complémentaire santé

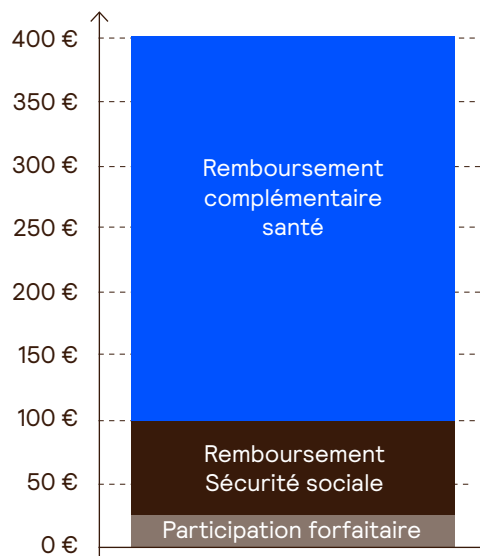
Prix de l'acte



La Sécurité sociale rembourse 100 € sur la pose inlay en panier libre. 0 € ou 1 € si l'acte est pratiqué par un stomatologue.

Avec la complémentaire santé

Prix de l'acte



Votre complémentaire santé vous rembourse 300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale qui s'élève à 100 €. (voir p.7)

Vous n'avez donc pas de reste à charge, donc rien à payer de votre poche !

Bon à savoir

La Sécurité sociale fixe des tarifs de remboursement de référence, appelés « base de remboursement », pour chaque acte médical. Ces tarifs sont établis entre les représentants des médecins et de l'Assurance maladie. Il existe une nomenclature officielle appelée Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Chaque acte médical est codifié et associé à un tarif de base sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité sociale.

Taux de cotisation santé en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023

Salariés et ayants droit (en % du PMSS*)

	Régime de base-Socle	Option 1	Option 2
Salariés actifs	1,66 %	+ 0,16 %	+ 0,43 %
Conjoint (facultatif)	1,99 %	+ 0,16 %	+ 0,43 %
Enfant (facultatif)	0,93 %	+ 0,07 %	+ 0,16 %

* Le PMSS s'élève à 3 864 € pour l'année 2024.

Salariés relevant de la loi Evin et pré-retraités antérieurs au 1^{er} juillet 2017

	Régime de base-Socle	Option 1	Option 2
Anciens salariés	2,13 %	+ 0,21 %	+ 0,55 %
Conjoint (facultatif)	2,55 %	+ 0,21 %	+ 0,55 %
Enfant (facultatif)	0,93 %	+ 0,07 %	+ 0,16 %

	Régime de base-Socle	Option 1	Option 2
Pré retraité	2,49 %	+ 0,24 %	+ 0,64 %
Conjoint (facultatif)	2,99 %	+ 0,24 %	+ 0,64 %
Enfant (facultatif)	0,93 %	+ 0,07 %	+ 0,16 %

Salariés relevant de la loi Evin à compter du 1^{er} juillet 2017

1 ^{re} année	Régime de base-Socle	Option 1	Option 2
Anciens actifs	1,66 %	+ 0,16 %	+ 0,43 %
Conjoint (facultatif)	2,55 %	+ 0,21 %	+ 0,55 %
Enfant (facultatif)	0,93 %	+ 0,07 %	+ 0,16 %

2 ^e année	Régime de base-Socle	Option 1	Option 2
Anciens salariés	2,07 %	+ 0,20 %	+ 0,53 %
Conjoint (facultatif)	2,55 %	+ 0,21 %	+ 0,55 %
Enfant (facultatif)	0,93 %	+ 0,07 %	+ 0,16 %

3 ^e année	Régime de base-Socle	Option 1	Option 2
Anciens salariés	2,49 %	+ 0,24 %	+ 0,65 %
Conjoint (facultatif)	2,55 %	+ 0,21 %	+ 0,55 %
Enfant (facultatif)	0,93 %	+ 0,07 %	+ 0,16 %

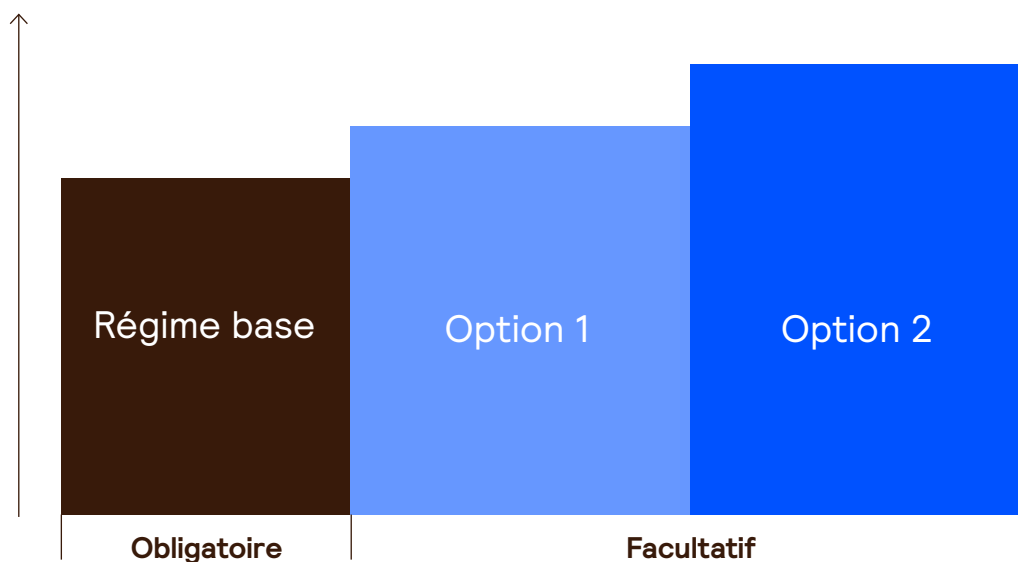
Régime prévoyance

Ces garanties comprennent :

- un régime de base obligatoire pour le salarié ;
- un régime surcomplémentaire facultatif avec choix entre 2 options, afin de compléter le remboursement des frais garantis par le régime de base.

Afin de bénéficier du régime surcomplémentaire, son affiliation au régime de base obligatoire est indispensable.

Niveau de protection



L'entreprise peut également souscrire à titre facultatif un niveau optionnel qui sera en revanche obligatoire pour le salarié.

Garanties en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023

Abréviations

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale.
 Salaire de référence : salaire brut de référence tel que défini à l'Accord.
 IJSS: Indemnité journalière de la Sécurité sociale.
 RSS: Rente de la Sécurité sociale.
 IPP : Incapacité permanente professionnelle.
 IAD: Invalidité absolue et définitive du salarié avec reconnaissance par la Sécurité sociale en invalidité de 3^e catégorie ou taux d'IPP à 100 % suite accident du travail/maladie professionnelle.
 Notion de conjoint et d'enfant à charge : cf définition mentionnée à l'article 6 de l'Accord.
 N = taux d'incapacité permanente professionnelle du participant reconnu par la Sécurité sociale.
 T1 : Tranche de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale.
 T2 : Tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale.

Définition des garanties

Décès : assurer le versement, en cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, d'un capital au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires tels que définis, dont le montant exprimé en pourcentage du salaire de référence.

Invalidité absolue et définitive (IAD) : assurer le versement par anticipation d'un capital au participant reconnu en invalidité absolue et définitive. Est considéré en état d'invalidité absolue et définitive, le salarié reconnu invalide par la Sécurité sociale avec classement en 3^e catégorie d'invalidité (nécessitant l'assistance d'une tierce personne) ou reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente professionnelle égal à 100 % suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Allocation obsèques : assurer le versement en cas de décès du salarié, de son conjoint ou de son enfant à charge, quelle qu'en soit la cause, d'une allocation dont le montant est égal à un pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au décès).

Rente éducation : assurer le versement, en cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, d'une rente temporaire versée au profit de chaque enfant à charge dont le montant annuel est défini dans le contrat.

Incapacité : verser au salarié, en arrêt de travail pour maladie ou accident médicalement constaté, des prestations en complément de celles versées par la Sécurité sociale (indemnités journalières ou rentes).

Invalidité : faire bénéficier d'une rente complémentaire, les salariés se trouvant en état d'invalidité

Personnel cadre

Garanties	Niveaux d'indemnisation T1 - T2		
	Socle	Option 1	Option 2
Décès toutes causes			
Quelle que soit la situation de famille	200 %	100 %	200 %
Invalidité absolue et définitive 3			
Le versement de ce capital par anticipation met fin aux garanties décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
Allocation frais d'obsèques (dans la limite des frais réels)			
En cas de décès du salarié, conjoint ou enfant à charge	100 % du PMSS	-	-
Rente éducation (en cas de décès du salarié)			
Rente temporaire jusqu'à 25 ans révolus ⁽¹⁾	10 %	2,5 %	5 %
Orphelin des deux parents ⁽²⁾	Doublement de la rente	Doublement de la rente	Doublement de la rente
Rente viagérisée sans limite d'âge si enfant handicapé ou invalide 2 ^e et 3 ^e catégories ⁽³⁾	Oui	Oui	Oui
Base de calcul de la rente	SR au moins égal au PASS	SR au moins égal au PASS	SR au moins égal au PASS

Garanties	Niveaux d'indemnisation T1 - T2		
	Socle	Option 1	Option 2
Incapacité dans la limite du net (en cas d'arrêt de travail du salarié pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale)			
En complément et en relais des droits au maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles pour le salarié en bénéficiant ⁽⁴⁾	100 % SR T1 / T2 jusqu'au 180 ^e jour d'arrêt de travail puis 75 % SR T1 / T2 (Prestation servie sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale brutes et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits indemnisés journaliers de la Sécurité sociale))	5 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	10 % du salaire brut – Sécurité sociale brute
Franchise de 90 jours continus pour le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté			
À compter du 181 ^e jour d'arrêt de travail ou après une franchise de 90 jours continus pour le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté	75 % du salaire brut – Sécurité sociale brute		
Invalidité (dans la limite du net)			
1 ^{re} catégorie	45 % du salaire brut – Sécurité sociale brute ⁽⁵⁾	3 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	6 % du salaire brut – Sécurité sociale brute
2 ^e catégorie	75 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	5 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	10 % du salaire brut – Sécurité sociale brute
3 ^e catégorie	75 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	5 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	10 % du salaire brut – Sécurité sociale brute
IPP compris entre 33 % et 66 %	N / 66 ^e de la rente 2 ^e catégorie	5 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	10 % du salaire brut – Sécurité sociale brute

(1) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information.

(2) En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.

(3) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.

(4) Ou lorsque ces droits deviennent inférieurs à 75 % en cas d'arrêt de travail intervenant avant le 01/01/2024 au titre des obligations conventionnelles applicables antérieurement.

(5) Et sous déduction de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature.

Personnel non-cadre

Garanties	Niveaux d'indemnisation T1 – T2		
	Socle	Option 1	Option 2
Décès toutes causes			
Quelle que soit la situation de famille	100 %	100 %	200 %
Invalidité absolue et définitive 3			
Le versement de ce capital par anticipation met fin aux garanties décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
Allocation frais d'obsèques (dans la limite des frais réels)			
En cas de décès du salarié, conjoint ou enfant à charge	100 % du PMSS	-	-
Rente éducation (en cas de décès du salarié)			
Rente temporaire jusqu'à 25 ans révolus ⁽¹⁾	10 %	2,5 %	5 %
Orphelin des deux parents ⁽²⁾	Doublement de la rente	Doublement de la rente	Doublement de la rente
Rente viagérisée sans limite d'âge si enfant handicapé ou invalide 2 ^e et 3 ^e catégories ⁽³⁾	Oui	Oui	Oui
Base de calcul de la rente	SR au moins égal au PASS	SR au moins égal au PASS	SR au moins égal au PASS
En relais des droits au maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles pour le salarié en bénéficiant ⁽⁴⁾	75 % du salaire brut – Sécurité sociale brute (Prestation servie sous déduction des indemnités journalières de la Sécurité sociale brutes et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits indemnités journaliers de la Sécurité sociale))	5 % du salaire brut – Sécurité sociale brute	10 % du salaire brut – Sécurité sociale brute
Franchise de 90 jours continus pour le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté			
Invalidité (ou invalidité permanente partielle (IPP) prise en charge par la Sécurité sociale dans les cas visés ci-dessous) dans la limite du net			
1 ^e catégorie	42 % SR – RSS brute ⁽⁵⁾	3 % SR – RSS brute	6 % SR – RSS brute
2 ^e catégorie	70 % SR – RSS brute	5 % SR – RSS brute	10 % SR – RSS brute
3 ^e catégorie	70 % SR – RSS brute	5 % SR – RSS brute	10 % SR – RSS brute
IPP compris entre 33 % et 66 %	N / 66 ^e de la rente 2 ^e catégorie – RSS brute	5 % SR – RSS brute	10 % SR – RSS brute
IPP supérieur à 66 %	70 % SR – RSS brute	5 % SR – RSS brute	5 % SR – RSS brute

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 666 € pour 2023).

PASS : plafond annuel de la Sécurité sociale (43 992 € pour 2023).

SR = Salaire de référence : salaire annuel brut tranche 1 et tranche 2 soumis à cotisations au cours des 12 derniers mois précédant l'événement.

RSS = Remboursement Sécurité sociale : montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

(1) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information.

(2) En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.

(3) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.

(4) Ou lorsque ces droits deviennent inférieurs à 75 % en cas d'arrêt de travail intervenant avant le 01/01/2024 au titre des obligations conventionnelles applicables antérieurement.

(5) Et sous déduction de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature.

Taux de cotisation prévoayance en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023

Salariés non-cadres

	Régime de base T1-T2*	Option 1 T1-T2	Option 2 T1-T2
Salariés non-cadres	1,99 %	+ 0,88 %	+ 1,75 %

Salariés cadres

	Régime de base T1	Régime de base T2	Option 1 T1-T2	Option 2 T1-T2
Salariés cadres	1,12 %	1,82 %	+ 0,46 %	+ 0,85 %

*T1 : Tranche de salaire limitée au plafond de la Sécurité sociale.

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

Le Degré élevé de solidarité de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes

Les partenaires sociaux ont mis en place un fonds de solidarité pour les salariés et les entreprises de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Le fonds de solidarité est destiné à mettre en œuvre au profit exclusif de salariés des actions collectives de prévention, des actions individuelles et /ou collectives en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, ont été mis en place 3 aides spécifiques pour le régime de santé :

- aide à la naissance et à l'adoption ;
- aide à la cotisation santé pour les alternants ;
- aide aux dépenses de santé dans le cadre d'une situation exceptionnelle.

Et, 3 aides spécifiques pour le régime de prévoyance :

- aide financière pour le salarié aidant bénéficiant d'un des 3 congés ;
- aide financière pour le salarié aidant ne bénéficiant pas d'un des 3 congés ;
- aide forfaitaire en cas d'inaptitude non professionnelle.



Aides du fonds de solidarité santé

Aide à la naissance et à l'adoption

Nature de l'aide

Attribution d'une aide forfaitaire par enfant né et ce dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption.

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié.

Montant de l'aide

Attribution d'une aide financière de 400 € par enfant. Dans le cas de grossesses ou adoptions multiples, un forfait par enfant sera accordé.

Les conditions d'octroi

Les critères d'octroi des aides individuelles sont encadrés par un revenu fiscal de référence. Sont donc prises en compte les ressources figurant sur les avis d'imposition de toutes les personnes composant le foyer de l'année en cours (revenus N-1) ainsi que les parts fiscales mentionnées sur ces derniers.

Le plafond de ressources de référence retenu est 25 500 €. Il est calculé en divisant le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition du demandeur par le nombre de parts fiscales.

La détermination du nombre de parts fiscales se fera selon la réglementation fiscale en vigueur au moment de la demande.

Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

Conditions d'accès

Naissance : les demandes sont recevables dès la naissance et jusqu'aux 3 mois de l'enfant.

Adoption : les demandes sont recevables dès le début de l'adoption et dans les 6 mois qui suivent l'adoption.

Liste des justificatifs à fournir

- la demande d'intervention sociale dûment remplie, datée et signée par le salarié ;
- le dernier avis d'imposition sur les revenus ;
- le dernier bulletin de salaire ;
- le relevé d'identité bancaire ;
- la copie du livret de famille ou l'acte de naissance ;
- le justificatif du tribunal dans le cadre d'une adoption.



Aide à la cotisation santé pour les alternants

Nature de l'aide

La branche de la métallurgie prévoit le financement de la cotisation frais de santé, correspondant aux garanties du régime frais de santé obligatoire dans l'entreprise, pour les salariés ayant le statut d'alternant quelle que soit la structure de cotisations choisie.

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié doit faire partie des effectifs au moment de la demande au titre d'un contrat d'alternance (y compris contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation).

Montant de l'aide

Le montant financé par le fonds de solidarité est égal à 25 % de la cotisation globale, dans le respect de l'obligation légale du financement employeur à hauteur de 50 % de la cotisation globale. La totalité de part patronale reste due.

Le financement de cette quote-part est fixe, quelle que soit la répartition du montant de cotisation prévue au niveau de l'entreprise entre l'employeur et le salarié.

Les conditions d'octroi

La cotisation globale est la somme de la part prise en charge par l'employeur et de la part prise en charge par le salarié. Ce financement des cotisations est possible dans la limite globale du fonds de solidarité ou du budget annuel.

Conditions d'accès

L'entreprise adhérente s'assure du statut de « salarié alternant » et déclare à son organisme assureur le montant correspondant au financement par le fonds de solidarité.

Elle indique le nombre et le statut de salariés alternant bénéficiant de cette prise en charge.

À réception du bulletin d'affiliation, l'organisme assureur met en place le financement de la cotisation pour les salariés alternants.



Aide aux dépenses de santé dans le cadre d'une situation exceptionnelle

Nature de l'aide

Apporter une aide financière au salarié se trouvant dans une situation de fragilité en lien avec un reste à charge élevé de frais de santé remboursés par la Sécurité sociale et/ou le régime complémentaire, ainsi que pour les frais non remboursés par la Sécurité sociale. Les demandes d'aide doivent porter sur des dépenses de frais de santé nécessaires et dont le coût dépasse les capacités financières du bénéficiaire. Le salarié devra avoir sollicité les dispositifs légaux et extra légaux pouvant venir le soutenir dans ce reste à charge. Sont exclues les thalasso thérapies, les cures thermales, les prothèses auditives. S'agissant de dépenses de santé, ce diagnostic peut s'accompagner de l'appréciation de la situation médicale qui relève de la compétence exclusive du Médecin Conseil de l'organisme assureur labellisé. Il émet un avis sur la situation médicale ayant occasionné l'engagement des dépenses de santé. La participation financière sur un reste à charge important de dépenses de santé ne pourra excéder le montant restant à charge.

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié, et ses ayants droits affiliés au régime frais de santé.

Montant de l'aide

Attribution d'une aide financière égale à 85 % du reste à charge dans la limite d'une participation financière maximale de 1 500 €
Le règlement au professionnel de santé sera privilégié, après vérification de la facture qui devra être conforme au devis fourni ainsi que les résultats d'aides formulées par ailleurs.

Les conditions d'octroi

Les critères d'octroi des aides individuelles sont encadrés par un revenu fiscal de référence. Sont donc prises en compte les ressources figurant sur les avis d'imposition de toutes les personnes composant le foyer de l'année en cours (revenus N-1) ainsi que les parts fiscales mentionnées sur ces derniers. Le plafond de ressources de référence retenu est 25 500 €. Il est calculé en divisant le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition du demandeur par le nombre de parts fiscales. La détermination du nombre de parts fiscales se fera selon la réglementation fiscale en vigueur au moment de la demande.

Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

Conditions d'accès

Le salarié doit faire face à des dépenses de santé importantes qui entraînent un déséquilibre budgétaire du foyer. La demande devra comporter les devis liés aux soins ainsi que les résultats des aides légales et ou extra légales.

L'aide sera réglée au praticien ou prestataire ou organisme de santé et en aucun cas au salarié. Le salarié dispose d'un délai d'un an à partir de la date des soins pour déposer une demande d'aide.

Liste des justificatifs à fournir

- la demande d'intervention sociale dûment remplie, datée et signée par le salarié ;
- le dernier avis d'imposition sur les revenus ;
- le dernier bulletin de salaire ;
- les devis des dépenses de santé à engager – le rib du praticien ;
- le devis de remboursement de la mutuelle ;
- le résultat des aides formulées auprès des autres organismes légaux et ou extra légaux.

Aides du fonds de solidarité prévoyance

Aide financière pour le salarié aidant bénéficiant d'un des 3 congés

Nature de l'aide

Aide financière et forfaitaire pour le salarié aidant qui fait face à des dépenses d'aide au répit (aide-ménagère, auxiliaire de vie, aide à la garde d'enfant, portage de repas à domicile, transport, garde de nuit).

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié aidant de son conjoint, de son enfant ou de ses parents (père/mère), bénéficiant d'un des 3 congés (congé de présence parentale, congé de proche aidant, congé de solidarité familiale).

Montant de l'aide

Attribution d'une aide financière forfaitaire de 500 €. L'aide est octroyée une fois par année civile. Si le fait générateur diffère en cours d'année, le salarié pourra alors déposer une nouvelle demande. L'aide n'est pas cumulable avec l'aide aux aidants hors congés spéciaux. Néanmoins elles peuvent se succéder dès lors que le salarié remplit les critères d'octroi et d'éligibilité de l'aide aux aidants hors congés spéciaux.

Les conditions d'octroi

Les critères d'octroi des aides individuelles sont encadrés par un revenu fiscal de référence. Sont donc prises en compte les ressources figurant sur les avis d'imposition de toutes les personnes composant le foyer de l'année en cours (revenus N-1) ainsi que les parts fiscales mentionnées sur ces derniers.

Le plafond de ressources de référence retenu est 25 500 €. Il est calculé en divisant le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition du demandeur par le nombre de parts fiscales.

La détermination du nombre de parts fiscales se fera selon la réglementation fiscale en vigueur au moment de la demande.

Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

Conditions d'accès

Pour bénéficier de l'aide le salarié devra satisfaire aux deux conditions cumulatives suivantes :

1. Le salarié doit avoir pris l'un des trois congés suivants :

- congé proche aidant ;
- congé de présence parentale ;
- congé de solidarité familiale ;

et

2. Le congé devra être supérieur à 7 jours dans l'année ;

et

3. Le salarié devra continuer à bénéficier de sa garantie prévoyance.

Liste des justificatifs à fournir

- la demande d'intervention sociale dûment remplie, datée et signée par le salarié ;
- le dernier avis d'imposition sur le revenu ;
- le dernier bulletin de salaire ;
- le relevé d'identité bancaire ;
- le justificatif de l'un des 3 congés :
 - de la Caisse des allocations familiales pour le congé de présence parentale ou le congé proche aidant ;
 - de la Sécurité sociale pour le congé solidarité familiale ;
- le justificatif du service RH sur les dates de congés ;
- le justificatif du maintien des droits au titre du contrat prévoyance ;
- justifier d'au moins une dépense assumée par le salarié aidant au titre de l'aide aux aidants : aide-ménagère, auxiliaire de vie, aide à la garde d'enfant, portage de repas à domicile, transport, garde de nuit.

Aide financière pour le salarié aidant ne bénéficiant pas d'un des 3 congés

Nature de l'aide

Aide financière pour le salarié aidant qui fait face à des dépenses d'aide au répit (aide-ménagère auxiliaire de vie, aide à la garde d'enfant, portage de repas à domicile, transport, garde de nuit)

Définition du salarié aidant

Le salarié en situation d'aidant de son conjoint, ses enfants ou ses parents (père et / ou mère) percevant l'une des aides ou l'un des minimas sociaux suivants :

- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 3 (conjoint, parents)
- L'allocation aux adultes handicapés (AAH) (salariés, conjoint, enfant majeur) ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 (enfant)
- La prestation de compensation du handicap (PCH)
- Être titulaire d'une invalidité de la sécurité sociale troisième catégorie avec majoration tierce personne) ou IPP (supérieure à 80 %)
- Notification MDPH avec un taux de handicap supérieur à 80 %

Bénéficiaire de l'aide

Salarié aidant de son conjoint, de son enfant ou d'un parent (père et/ou mère) ne bénéficiant pas d'un des 3 congés spéciaux : congé de proche aidant, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale.

Montant de l'aide

Attribution d'une aide financière correspondant à 100 % des dépenses engagées dans la limite de 500 € sur présentation des justificatifs nécessaires. L'aide est octroyée une fois par année civile. Le salarié devra regrouper ses dépenses avant de faire sa demande.

Si le fait générateur diffère en cours d'année, le salarié pourra alors déposer une nouvelle demande. L'aide n'est pas cumulable avec l'aide aux aidants congés spéciaux.

Néanmoins elles peuvent se succéder dès lors que le salarié remplit les critères d'octroi et d'éligibilité de l'aide aux aidants congés spéciaux.

Les conditions d'octroi

Les critères d'octroi des aides individuelles sont encadrés par le revenu fiscal de référence. Sont donc prises en compte les ressources figurant sur les avis d'imposition de toutes les personnes composant le foyer de l'année en cours (revenus N-1) ainsi que les parts fiscales mentionnées sur ces derniers.

Le plafond de ressources de référence retenu est 25 500 €.

Il est calculé en divisant le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition du demandeur par le nombre de parts fiscales. La détermination du nombre de parts fiscales se fera selon la réglementation fiscale en vigueur au moment de la demande.

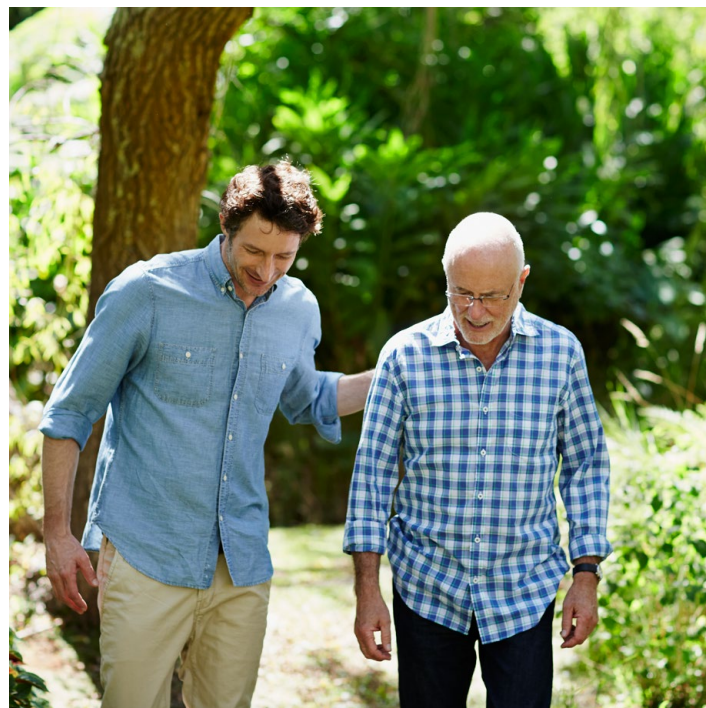
Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

Conditions d'accès

Pour bénéficier de l'aide le salarié en situation d'aidant devra justifier de sa situation d'aidant (mentionné au chapitre 1 : définition de l'aidant) ainsi que des dépenses engagées à ce titre : aide-ménagère, auxiliaire de vie, aide à la garde d'enfant, portage de repas à domicile, transport, garde de nuit.

Liste des justificatifs à fournir

- la demande d'intervention sociale dûment remplie, datée et signée par le salarié ;
- le dernier avis d'imposition sur le revenu ;
- le dernier bulletin de salaire ;
- le relevé d'identité bancaire ;
- les justificatifs des frais engagés par le salarié au titre de sa situation d'aidant : aides ménagères, auxiliaire de vie, aide à la garde d'enfant, portage de repas à domicile, transport, garde de nuit ;
- la copie du livret de famille ;
- déclaration sur l'honneur du salarié indiquant qu'il ne bénéficie pas d'un des trois congés suivants : congé de proche aidant, congé de présence parentale ou congé de solidarité familiale.



Aide forfaitaire en cas d'inaptitude non professionnelle

Nature de l'aide

Aide financière versée au salarié reconnu inapte et se trouvant dans la période d'attente de reclassement.

Bénéficiaire de l'aide

Le salarié reconnu inapte par le médecin du travail.

Montant de l'aide

Attribution d'une aide forfaitaire de 1 000 €, versée en allocation unique.
Le salarié dispose d'un délai de 6 mois suivant la date de son reclassement pour faire sa demande.

Les conditions d'octroi

Les critères d'octroi des aides individuelles sont encadrés par un revenu fiscal de référence. Sont donc prises en compte les ressources figurant sur les avis d'imposition de toutes les personnes composant le foyer de l'année en cours (revenus N-1) ainsi que les parts fiscales mentionnées sur ces derniers.

Le plafond de ressources de référence retenu est 25 500 €.

Il est calculé en divisant le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition du demandeur par le nombre de parts fiscales. La détermination du nombre de parts fiscales se fera selon la réglementation fiscale en vigueur au moment de la demande.

Il est à noter que pour la situation d'un célibataire (non pacsé, non séparé, non concubin, sans enfant) il est admis qu'il sera retenu 1,5 part fiscale.

Conditions d'accès

Le salarié – reconnu inapte par le médecin du travail – doit être dans les périodes des 30 jours d'attente de son reclassement proposé par l'employeur. Durant cette période le salaire est suspendu. Le 1^{er} jour d'inaptitude correspond à la date à laquelle le médecin du travail prévient le service RH ou l'employeur. L'inaptitude devra être constatée à compter du 01/01/2023.

Liste des justificatifs à fournir :

- la demande d'intervention sociale dûment remplie, datée et signée par le salarié ;
- le dernier avis d'imposition sur le revenu ;
- le dernier bulletin de salaire ;
- le relevé d'identité bancaire ;
- l'avis du médecin du travail actant l'inaptitude ;
- le courrier du service RH actant la date du reclassement ou le licenciement pour inaptitude.



Pour réaliser une demande d'intervention sociale

Vous êtes clients AG2R LA MONDIALE :

Toutes les demandes sont à retourner :

- par mail :

BG_DAB_ACTION_SOCIALE@ag2rlamondiale.fr

- ou par courrier postal :

AG2R LA MONDIALE

Direction des accords de branches

Fonds social prévoyance Métallurgie Isère

151/155 rue de Bercy

75012 PARIS.

Vous êtes clients Malakoff Humanis :

Pour tout renseignements :

- pour les salariés : par téléphone au 3996 ;
- pour les entreprises : vous pouvez contacter votre interlocuteur habituel.



AG2R LA MONDIALE
14-16 boulevard Maiesherbes
75379 Paris cedex 08

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance
régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre
d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège
social : 14-16, boulevard Maiesherbes 75008 Paris -
Siren 333 232 270.

MALAKOFF HUMANIS Prévoyance - Institution de
prévoyance régie par le livre IX du Code de la
Sécurité sociale - 21 rue Laffitte, 75009 Paris -
Siren 775 691 181

OCIRP (Organisme Commun des Institutions de
Rente et de Prévoyance) - Union d'institutions de
prévoyance régie par le Code de la Sécurité
sociale - 17 rue de Marignan, 75008 Paris -
Siren 788 334 720

