



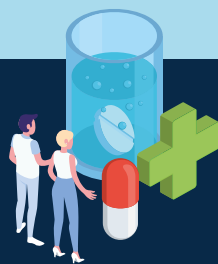
Ma Prévoyance
by Safran

L'ESSENTIEL SUR VOS GARANTIES **SANTÉ** & **PRÉVOYANCE**

Guide salarié



 **SAFRAN**



VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

P.4

VOS RÉGIMES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS / INVALIDITÉ ET DÉCÈS ACCIDENTELS

P.17



Ma Prévoyance by Safran

AIDE AUX AIDANTS

P.30



FONDS SOCIAL

P.28



Retrouvez toutes les informations concernant vos garanties, des simulateurs de prestations et de cotisations sur le site www.maprevoyancebysafran.fr avec le code SAFRANPREV09.

À RETENIR

D'autres régimes existent pour les expatriés, retraités et "enfants salariés".

La protection sociale de ses salariés et anciens salariés est une préoccupation prioritaire de Safran.

L'accord de Groupe relatif à la prévoyance complémentaire du 10 février 2009 et son avenant n° 16 du 18 septembre 2019¹, conclus avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives, ont permis la mise en place d'un régime de Prévoyance complet et homogène pour l'ensemble des collaborateurs du Groupe en France.



“VOUS PROTÉGER, VOUS ET VOS PROCHES, TOUT AU LONG DE VOTRE VIE PROFESSIONNELLE AU SEIN DE SAFRAN.”

UNIQUE, il offre un dispositif de couverture sociale identique, quel que soit votre statut professionnel et quelle que soit votre société.

PERFORMANT, il vous assure, ainsi qu'à votre famille, un haut niveau de garanties *via* trois régimes complémentaires :

- Un régime Frais de santé obligatoire **“Ma Prévoyance Santé”** amélioré et complété par un régime sur-complémentaire facultatif **“Ma Prévoyance Santé +”**, conçu pour s'adapter à vos besoins ;
- Un régime Incapacité-Invalidité-Décès proposant :
 - quatre formules au choix pour le calcul des rentes ou capitaux décès ;
 - le maintien de votre rémunération nette à hauteur de 95 % en cas d'arrêt ou d'invalidité ;
 - la possibilité pour les collaborateurs à temps partiel de souscrire une option afin de cotiser sur un salaire temps plein et d'obtenir les garanties en conséquence.

SOLIDAIRE, il prend en compte la situation des retraités, actuels ou futurs, en leur proposant l'accès au régime Frais de santé des actifs et en minorant leurs cotisations grâce à la création d'un fonds de solidarité.

SOCIAL, il apporte une aide en cas de difficultés financières consécutives à des dépenses de santé pour les personnes les plus précaires, salariées ou retraitées. Il met également à votre service un dispositif **“d'Aide aux aidants”** en cas de perte d'autonomie d'un de vos proches.

En complément du dispositif de Prévoyance, un régime Décès et Invalidité accidentels² a instauré des garanties supplémentaires en cas d'accidents survenus au cours de votre vie professionnelle et ayant entraîné un décès ou une invalidité. Si vous le souhaitez, vous pouvez souscrire individuellement ce contrat afin de bénéficier des mêmes garanties en cas d'accidents survenus dans le cadre de votre vie privée.

Le régime de Prévoyance Safran possède de nombreux atouts. Complet et diversifié, il vous permet d'accéder à des prestations de haut niveau dans le cadre d'une gestion rigoureuse et responsable garantissant son équilibre financier sur le long terme. Au cœur du socle social du Groupe, il répond à notre volonté : vous protéger, vous et vos proches, tout au long de votre vie professionnelle au sein de Safran.

Je vous invite à découvrir dans cette brochure les modalités pratiques de fonctionnement et les avantages de l'ensemble du dispositif de Ma Prévoyance by Safran.

STÉPHANE DUBOIS

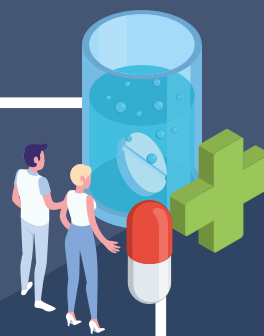
Directeur Groupe, Ressources Humaines

Accords fondateurs du dispositif de protection sociale du Groupe :

¹ L'accord relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du Groupe Safran a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT et FO le 10 février 2009 ; son avenant n°16 a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CFE-CGC, CGT et FO le 18 septembre 2019.

² L'accord relatif à la couverture des garanties Décès et Invalidité accidentels a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CGT et FO le 13 octobre 2014 ; son avenant n° 2 a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CFE-CGC, CGT et FO le 13 décembre 2018.

VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ



Ma Prévoyance Santé est une couverture santé collective et obligatoire. Elle prend en charge le remboursement de la totalité ou d'une partie des frais médicaux pour vous-même et les membres de votre famille, en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Cette couverture est complétée par un régime sur-complémentaire facultatif, Ma Prévoyance Santé +, mis en place par Safran afin de vous offrir des niveaux de garanties supérieurs et un remboursement optimal de vos frais de santé.

L'assurance de ce régime est confiée à Harmonie Mutuelle Groupe VYV et, pour plus de proximité avec vous, sa gestion est prise en charge par un réseau de mutuelles locales.

RÉGIME OBLIGATOIRE
Ma Prévoyance Santé



RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE FACULTATIF
Ma Prévoyance Santé +

1 ➤ COMPRENDRE LE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

Pour chaque type de prestation de santé, la Sécurité sociale définit une base de remboursement (BR) qui sert de référence pour le calcul de ses remboursements. Les garanties Frais de santé de Ma Prévoyance Santé et de Ma Prévoyance Santé + s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale.

COÛT TOTAL DE VOS FRAIS DE SANTÉ			
<p>Remboursement SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Base de remboursement officielle (BR¹) x taux de remboursement applicable selon l'acte médical effectué</p>	<p>Remboursement MA PRÉVOYANCE SANTÉ</p> <p>Ticket modérateur (TM²) + tout ou une partie des dépassements d'honoraires</p>	<p>Remboursement MA PRÉVOYANCE SANTÉ +</p> <p>Dépassements d'honoraires</p>	<p>Reste à charge éventuel</p>

La somme des remboursements que vous pouvez obtenir *via* le régime obligatoire Ma Prévoyance Santé ne peut excéder le montant des plafonds d'indemnisation fixés par la réglementation dans le cadre du contrat responsable.

Si vous choisissez d'adhérer à Ma Prévoyance Santé +, la somme des remboursements pourra dépasser les plafonds d'indemnisation fixés par la réglementation pour une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires.

Dans tous les cas, les remboursements sont plafonnés aux dépenses réellement engagées.




Le régime Frais de santé Safran indemnise également certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, telles que définies dans le détail des garanties (ostéopathie par exemple).

À RETENIR

- **Pour connaître la base de remboursement (BR)** pour un type d'acte ou de soin médical, ainsi que le niveau de prise en charge de la Sécurité sociale, consultez le site : www.ameli.fr, rubrique "Ce qui est remboursé".
- **Pour les consultations médicales** (y compris dans le cadre d'une hospitalisation), le remboursement sera plus important si le médecin a adhéré à l'OPTAM³ ou l'OPTAM-CO³ avec l'Assurance Maladie.
 - **Pour savoir si votre médecin a adhéré à l'OPTAM³ ou l'OPTAM-CO³** (honoraires avec dépassements maîtrisés), consultez le site : <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

2 > QUI EST COUVERT ?

Le dispositif mis en place vise à garantir une prise en charge optimale des Frais de santé pour vous et votre famille. Vous serez affilié en fonction de votre situation familiale.

 <p>CATÉGORIE ISOLÉ</p> <p>Célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps.</p> <hr/> <p>Par dérogation, en couple (marié, concubin, pacsé), si votre conjoint, ainsi que vos enfants sont déjà couverts par un régime de Frais de santé à adhésion obligatoire.</p>	 <p>CATÉGORIE DUO+</p> <p>En couple (marié, concubin, pacsé).</p> <hr/> <p>Célibataire, veuf, divorcé ou séparé avec un ou plusieurs enfants à charge⁴.</p>	 <p>CATÉGORIE FAMILLE</p> <p>En couple (marié, concubin, pacsé) avec un ou plusieurs enfants à charge⁴.</p> <hr/> <p>En couple (marié, concubin, pacsé) avec un ou plusieurs enfants à charge⁴ et seul votre conjoint est déjà couvert par un régime de Frais de santé à adhésion obligatoire.</p>
--	--	--

Les enfants de moins de 26 ans qui ne sont plus étudiants peuvent continuer à adhérer pendant un an au dispositif Frais de santé *via* le régime des “enfants salariés”, moyennant une cotisation spécifique entièrement à la charge de leur parent salarié de Safran, à la condition de ne pas bénéficier d’une rémunération au moins égale au SMIC ou d’être inscrits comme demandeurs d’emploi depuis plus d’un an sans percevoir de rémunération.

Dans le cas où votre conjoint est déjà couvert par un régime de Frais de santé à adhésion obligatoire, il peut bénéficier d’une dispense d’adhésion, sous réserve d’apporter un justificatif chaque année (attestation de l’employeur de votre conjoint) à votre service Ressources Humaines.

Si vos enfants ne sont pas couverts par le régime obligatoire de votre conjoint, vous devez vous affilier en catégorie FAMILLE.

CAS PARTICULIER

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

¹ Base de remboursement (ou BR) : voir lexique.

² Ticket modérateur (ou TM) : voir lexique.

³ OPTAM/OPTAM-CO : voir lexique.

⁴ Enfants à charge : voir lexique.

3 > VOS GARANTIES

Ma Prévoyance Santé vous permet de bénéficier d'une couverture étendue de haut niveau pour vos principales dépenses de santé.

Ma Prévoyance Santé + complète ce régime obligatoire en offrant une meilleure prise en charge de vos remboursements, notamment dans le cadre des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO, en cas de consultation ou d'hospitalisation, ainsi que pour la plupart des prestations dentaires et optiques.



SOINS COURANTS

Consultations généralistes/spécialistes

Actes médicaux
et chirurgie

Auxiliaires médicaux

Radiographies, analyses

Pharmacie



DENTAIRE, OPTIQUE

Soins, prothèses dentaires,
orthodontie, Inlay-Onlay,
implants, parodontologie

Montures, verres,
lentilles,
chirurgie réfractive



HOSPITALISATION

Frais de séjour

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Forfait hospitalier

Chambre particulière,
lit accompagnant



AUTRES PRESTATIONS

Appareils auditifs

Orthopédie, podologie

Cure thermale

Maternité

Ostéopathie, étioopathie, acupuncture

Psychologie, hypnothérapie,
ergothérapie

...



À SAVOIR

Retrouvez les grilles de garanties de votre régime Frais de santé en annexe.

4 ➤ AVEC LE 100 % SANTÉ, OUBLIEZ LE RESTE À CHARGE !

À partir du 1^{er} janvier 2020, un nouveau dispositif réglementaire, le 100 % Santé prend effet progressivement. Il permet d'être remboursé à 100% par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé, pour les postes suivants :

- Les lunettes de vue
- Les soins et actes prothétiques dentaires (couronnes, bridges, prothèses amovibles)
- Les aides auditives

Le 100 % Santé vous permet d'accéder à une offre précise et restreinte d'équipements et de soins sans aucun reste à charge dans ces 3 domaines.

COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

Avec Ma Prévoyance by Safran, vous pouvez bénéficier de ce dispositif à condition d'opter pour les équipements et soins qui font partie du panier 100 % Santé.

Les opticiens et audioprothésistes auront l'obligation de vous proposer un équipement entrant dans la catégorie 100 % Santé et de vous établir un devis détaillé.

Les dentistes conventionnés auront l'obligation de vous proposer soit des soins entrant dans la catégorie 100 % Santé, soit une alternative thérapeutique avec un reste à charge maîtrisé. Dans les deux cas, ils devront vous présenter un devis détaillé. La prise en charge des actes dentaires dépendra de la position de la dent à soigner et du matériau utilisé.

Tous les équipements et matériaux de l'offre 100 % Santé sont soumis à des normes de qualité, garantissant un niveau de services adapté à vos besoins essentiels.

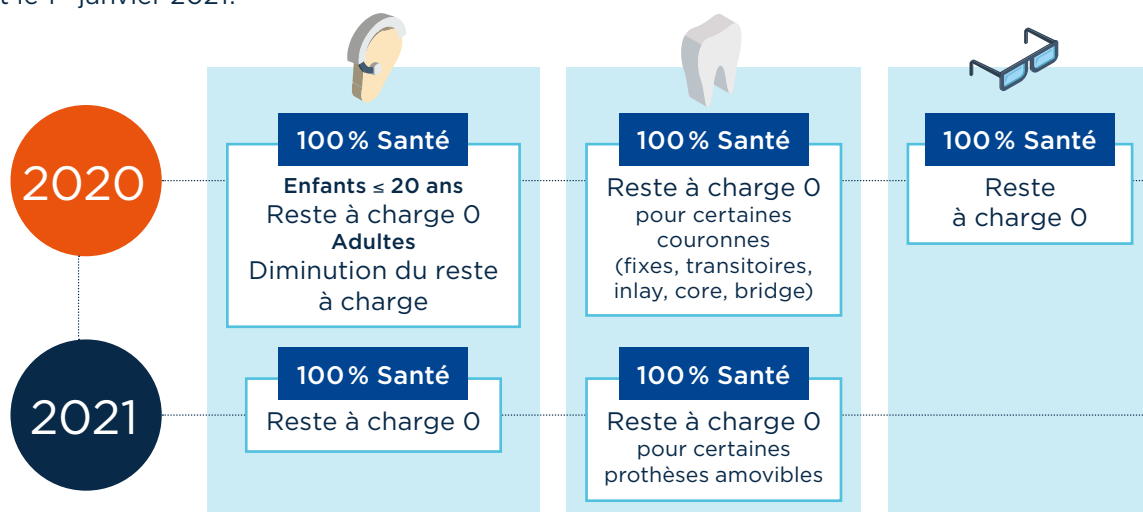
MA SUR-COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EST-ELLE ENCORE UTILE ?

Seuls des soins et équipements sélectionnés en optique, audiologie et dentaire permettent de bénéficier du 100 % Santé. Votre sur-complémentaire Ma Prévoyance Santé + est donc amenée à intervenir sur tous les autres postes de garanties (médecine générale, examens médicaux, hospitalisation...).

Par ailleurs, vous restez libre de choisir des soins hors du panier 100 % Santé, et dans ce cas, Ma prévoyance Santé + vous est utile pour bénéficier de meilleurs remboursements.

QUAND EN BÉNÉFICIER ?

La réforme est mise en place de manière progressive entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.



➤ Pour plus d'informations rendez-vous sur le site www.ameli.fr et sur le site <https://solidarites-sante.gouv.fr> (rubrique "Système de santé et médico-social").

5 > EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



JE VAIS CHEZ MON SPÉCIALISTE EN SUIVANT LE PARCOURS DE SOINS¹ (Médecin conventionné secteur 2, adhérent OPTAM)

Prix de la consultation

70 €

Remboursement
Sécurité sociale

20 €

70 % de la BR (30 €)²,
moins une participation
forfaitaire d'1€³

Remboursement
Ma Prévoyance Santé

46,50 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 125 % de la BR

soit un
remboursement
total de

66,50 €

Si j'ai souscrit **Ma Prévoyance Santé +**

49 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 225 % de la BR

69 €



JE DOIS ME FAIRE POSER UNE PROTHÈSE DENTAIRE

Prix de la consultation

700 €

Remboursement
Sécurité sociale

75,25 €

70 % de la BR
(107,50 €)²

Remboursement
Ma Prévoyance Santé

569,75 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 500 % de la BR

soit un
remboursement
total de

645 €

Si j'ai souscrit **Ma Prévoyance Santé +**

624,75 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 570 % de la BR

700 €

¹ Parcours de soins : voir lexique.

² Montant pris en charge par le régime général. Dans le cadre du régime local Alsace-Moselle, le remboursement est plus élevé.

³ Participation forfaitaire d'1 euro : voir lexique.



J'AI BESOIN D'UNE PAIRE DE LUNETTES

800 €

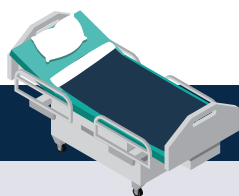
Remboursement maximum
Ma Prévoyance Santé

350 € par verre au plus
et 100 € pour la monture

1 150 €

Remboursement maximum
Ma Prévoyance Santé +

500 € par verre au plus et 150 €
pour la monture



JE SUIS HOSPITALISÉ EN CHAMBRE PARTICULIÈRE

La Sécurité sociale ne prend pas en charge cette dépense

101,31 €
par jour

Remboursement maximum
Ma Prévoyance Santé

168,85 €
par jour

Remboursement maximum
Ma Prévoyance Santé +

À RETENIR

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la prise en charge des équipements optiques est limitée à **un équipement tous les deux ans**.

La période de deux ans s'applique à partir de la date de l'achat du dernier équipement, composé de deux verres et d'une monture. Le renouvellement dans un délai inférieur ne donnera pas lieu à une prise en charge par la mutuelle, sauf exception :

- Les enfants de moins de 16 ans et les personnes subissant une évolution de leur vue peuvent se faire rembourser une paire de lunettes tous les ans. L'évolution de la vue doit être justifiée par une correction différente indiquée sur une nouvelle ordonnance d'un ophtalmologue ou sur l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien.
- Les personnes souffrant d'un déficit de la vision de près et d'un déficit de la vision de loin, qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter des verres progressifs (ou "multifocaux"), peuvent obtenir le remboursement de deux paires de lunettes tous les deux ans (l'une corrigeant la vision de près et l'autre corrigeant la vision de loin).

Le régime sur-complémentaire Ma Prévoyance Santé + permet la prise en charge de plus d'un équipement optique par an pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution du défaut de vision dûment justifiée.

6 > VOS REMBOURSEMENTS, COMMENT ÇA MARCHE ?

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) **transmet les informations directement à votre mutuelle par voie électronique** via le système NOEMIE. Ainsi, vous êtes automatiquement remboursé par votre mutuelle.

Le remboursement s'effectue par virement bancaire et votre mutuelle vous adresse un relevé des remboursements effectués.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la transmission automatique, vous devez adresser à votre mutuelle vos demandes de remboursement accompagnées des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.



Les échanges avec votre mutuelle s'effectuent sur votre espace personnel via le site <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr>. Il vous permet notamment de suivre vos remboursements, d'effectuer vos demandes de prise en charge et d'envoyer vos justificatifs ou d'analyser vos devis.

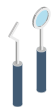
Vous pouvez également envoyer vos documents par courrier à votre mutuelle gestionnaire. Retrouvez son adresse postale sur votre carte de tiers payant.

CAS PARTICULIER

Si vous avez adhéré à plusieurs organismes complémentaires, vous devez choisir, auprès de la CPAM, l'organisme principal auprès duquel vous souhaitez que la transmission automatique soit établie. Vous devez alors présenter à votre second organisme l'original du relevé de prestations de votre mutuelle principale, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

À RETENIR

Dans les cas suivants, l'envoi de pièces justificatives à votre mutuelle, dans un délai de 6 mois maximum, est nécessaire pour être remboursé :



FRAIS DENTAIRES

- Facture détaillée du dentiste, précisant :
 - la nature des travaux effectués,
 - le numéro des dents concernées
 - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués



FRAIS D'OPTIQUE

- Prescription médicale
- Facture détaillée de la monture, des verres ou des lentilles refusées par la Sécurité sociale



ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSES NON DENTAIRES

- Facture détaillée



CURES THERMALES

- Prescription médicale et facture détaillée de l'établissement
- Décompte de la Sécurité sociale
- Facture des frais d'hébergement et de transport en cas de remboursement par la Sécurité sociale



FORFAIT NAISSANCE PAR ENFANT OU ADOPTION

- Acte de naissance ou décision de justice autorisant l'adoption

Attention : les soins datant de plus de 2 ans ne pourront pas être remboursés.



BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT

Quelques jours après votre affiliation, votre mutuelle vous adresse une carte de tiers payant. Vous pouvez également la télécharger et l'imprimer *via* votre espace personnel sur le site Synergie Mutuelles <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr>.

Il vous suffit de présenter cette carte ainsi que votre carte Vitale aux professionnels de santé. Vous serez ainsi dispensé d'avancer les frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

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

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

7 ➤ ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES !

Toute augmentation des dépenses de santé entraîne à terme une hausse des cotisations et/ou une réduction des garanties. La maîtrise des dépenses de santé est donc indispensable, et chacun de nous peut y contribuer en adoptant quelques bons réflexes.

SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS !

- Consultez en priorité votre médecin traitant pour tout acte médical. Il sera à même de vous orienter vers un spécialiste si vous en avez besoin.
- Respectez le parcours de soins pour bénéficier de meilleures conditions de remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle.
- Par exception, certains spécialistes tels que les gynécologues, stomatologues ou ophtalmologues peuvent être consultés en accès direct (la liste est disponible sur le site www.ameli.fr).

QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE SUIVEZ PAS LE PARCOURS DE SOINS ?

- Vous restez libre de choisir le médecin ou le spécialiste de votre choix, que ce soit dans le parcours de soins coordonnés ou en dehors.
- Cependant, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez un autre médecin sans être orienté par votre médecin traitant, la Sécurité sociale diminuera fortement ses remboursements. Vous pourrez avoir à régler des dépassements d'honoraires plus importants et votre mutuelle ne pourra pas compenser ces pénalités.

N'HÉSITÉZ PAS À COMPARER LES PRIX !

- Que ce soit pour des soins dentaires, des montures ou des verres de lunettes, n'hésitez pas à demander différents devis pour maîtriser au mieux vos dépenses de santé ! Les prix peuvent en effet varier de manière importante selon les praticiens.
- Transmettez ces devis à votre mutuelle pour connaître précisément le montant qui vous sera remboursé.

PENSEZ AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES !

- Les médicaments génériques contiennent un principe actif similaire aux médicaments de marque et ont donc le même effet thérapeutique. Ils sont 20 à 30% moins chers.

CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DU RÉSEAU KALIVIA !

Vous avez accès au réseau de partenaires de soins Kalivia qui proposent des prestations de qualité à des tarifs négociés, notamment dans les domaines de l'optique et de l'audition. Il vous suffira de présenter votre carte de mutuelle pour bénéficier de ces services.

- Pour trouver le professionnel Kalivia le plus proche de chez vous, rendez-vous sur le site <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr>.



À RETENIR

Un annuaire recense tous les professionnels de santé en France (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes...). Vous pouvez effectuer une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. Vous aurez accès à la liste des médecins, ainsi qu'à leur adresse, au tarif des consultations et à l'acceptation ou non de la carte Vitale.

- Consultez le service en ligne "annuaire-santé" : <http://annuairesante.ameli.fr>

8 > VOTRE AFFILIATION

Veillez à bien suivre toutes les étapes pour bénéficier de la couverture qui vous correspond.



REMPLEZ LE BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

Précisez votre situation personnelle et complétez les informations relatives à vos ayants droit.



Si vous souhaitez adhérer à la sur-complémentaire facultative **Ma Prévoyance Santé +**, complétez le bulletin d’adhésion correspondant et bénéficiez ainsi de meilleurs niveaux de remboursement.



Joignez à ces bulletins les pièces justificatives demandées (voir au verso du bulletin individuel d’affiliation) et remettez-les à votre service Ressources Humaines.



VOTRE SITUATION FAMILIALE ÉVOLUE ?

Complétez le bulletin de modification de votre situation de famille et remettez-le à votre service Ressources Humaines.
Une nouvelle carte de tiers payant vous sera envoyée par votre mutuelle.



VOS COORDONNÉES BANCAIRES CHANGENT ?

Signalez-le au plus tôt à votre mutuelle.

À RETENIR

MA PRÉVOYANCE SANTÉ +

Tous les deux ans, au 1^{er} janvier, et à condition d’en effectuer la demande avant le 31 octobre précédent, vous pouvez décider de souscrire ou de résilier le régime sur-complémentaire facultatif. Cette demande est possible à tout moment si votre situation familiale évolue, sous réserve de justificatifs.

CONTACTS DES MUTUELLES




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

- dans la notice d’information jointe à cette brochure ;
- sur le site Internet : www.maprevoyancebysafran.fr, rubrique contacts ;
- sur le site de votre mutuelle : <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr>.

9 > VOS COTISATIONS

Le régime Frais de Santé Safran se veut solidaire tout en proposant des montants de cotisations adaptés à votre situation familiale. Vos cotisations sont en partie forfaitaires et en partie proportionnelles aux tranches de rémunération. Elles sont partagées à hauteur de 50% entre vous et Safran, et sont prélevées chaque mois sur votre salaire.

COTISATIONS MENSUELLES DU RÉGIME GÉNÉRAL (au 1^{er} janvier 2020)

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ		+	MA PRÉVOYANCE SANTÉ +
	PART SOCIÉTÉ ¹	PART SALARIÉ ²		PART SALARIÉ ³
 CATÉGORIE ISOLÉ	26,6 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	21,89 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	+	6 €
 CATÉGORIE DUO+	45,09 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	40,39 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	+	12 €
 CATÉGORIE FAMILLE	54,14 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	49,44 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	+	15,5 €

EXEMPLES POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL

J'ai un salaire de 2 000 € brut mensuel et je suis en catégorie FAMILLE.



Ma cotisation mensuelle est de 49,44 € + 0,53 % x 2 000

=

60,04 €
- 1€ d'allègement en 2020

J'ai un salaire de 4 000 € brut mensuel et je suis en catégorie DUO+.



Ma cotisation mensuelle est de 40,39 € + 0,53 % x 4 000

=

61,59 €
- 1€ d'allègement en 2020

J'ai un salaire de 4 000 € brut mensuel et je suis en catégorie ISOLÉ et j'ai adhéré à la sur-complémentaire.



Ma cotisation mensuelle est de 21,89 € + 0,53 % x 4 000 + 6 €




=

49,09 €
- 1€ d'allègement en 2020



COTISATIONS MENSUELLES DU RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE (au 1^{er} janvier 2020)

Les salariés affiliés au régime local Alsace-Moselle bénéficient d'une tarification réduite, compte tenu du niveau de remboursement supérieur assuré par la Sécurité sociale dans ces départements.

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ		+	MA PRÉVOYANCE SANTÉ +
	PART SOCIÉTÉ ¹	PART SALARIÉ ⁴		PART SALARIÉ ³
 CATÉGORIE ISOLÉ	15,01 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	10,30 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC		6 €
 CATÉGORIE DUO+	28,97 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	24,27 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC		12 €
 CATÉGORIE FAMILLE	35,22 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC	30,52 € + 0,53 % (TA/TB) + 0,265 % TC		15,5 €

À RETENIR

Les plafonds de Sécurité sociale en 2019

Tranche A (TA) : 1 plafond de la Sécurité sociale entre 0 et 3 377 €.

Tranche B (TB) : entre 1 et 4 plafonds de la Sécurité sociale, soit entre 3 377 € et 13 508 €.

Tranche C (TC) : entre 4 et 8 plafonds de la Sécurité sociale, soit entre 13 508 € et 27 016 €.

LE FONDS DE SOLIDARITÉ

Ce fonds a été mis en place afin d'organiser la solidarité intergénérationnelle entre les salariés en activité et les retraités du Groupe. Il permet d'aider les retraités en allégeant leurs cotisations Frais de santé, en fonction de leur niveau de revenu. Vous participez au financement de ce fonds, par le prélèvement d'une cotisation mensuelle obligatoire de 0,08 % du plafond de la Sécurité sociale. En contrepartie, Safran augmente sa contribution mensuelle à votre régime Frais de santé d'un montant de 0,04 % du plafond de la Sécurité sociale.



¹ La part société n'est pas déductible de votre revenu imposable.

² En 2020, la part salarié bénéficie d'un allègement d'1€ financé par les réserves du régime : la cotisation effectivement prélevée sur le bulletin de salaire est de 20,89€ pour la catégorie ISOLÉ, 39,39€ pour la catégorie DUO+ et 48,44€ pour la catégorie FAMILLE. Cette cotisation est défiscalisée.

³ Les cotisations au régime Ma Prévoyance Santé + ne sont pas défiscalisées.

⁴ En 2020, la part salarié bénéficie d'un allègement d'1€ financé par les réserves du régime : la cotisation effectivement prélevée sur le bulletin de salaire est de 9,30€ pour la catégorie ISOLÉ, 23,27€ pour la catégorie DUO+ et 29,52€ pour la catégorie FAMILLE. Cette cotisation est défiscalisée.

10 ➤ DURÉE DE VOS GARANTIES

VOUS VENEZ DE REJOINDRE SAFRAN

Les garanties prennent effet dès le 1^{er} jour de votre entrée dans l'entreprise.

VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU (CONGÉ PARENTAL, CONGÉ SABBATIQUE...)

Vous pouvez demander à continuer de bénéficier de vos garanties pendant toute la durée de la suspension de votre contrat. Les cotisations salariales et patronales restent inchangées durant la première année, mais seront intégralement à votre charge à compter de la deuxième année.

VOTRE CONTRAT AVEC SAFRAN PREND FIN

Les garanties cessent dès le lendemain de l'arrêt de votre contrat de travail.

Les anciens salariés Safran indemnisés par Pôle Emploi peuvent bénéficier de la portabilité pendant 12 mois au maximum (en fonction de la durée du contrat ou des contrats de travail successifs), avec un maintien de la couverture sans contrepartie de cotisations. Au-delà, les cotisations seront intégralement à la charge de l'ancien salarié.

VOUS FAITES VALOIR VOS DROITS À LA RETRAITE

Vous pouvez bénéficier d'une couverture Santé grâce à un contrat spécifique proposé aux retraités au moment du départ de l'entreprise.

À RETENIR

Vos garanties sont maintenues en cas de suspension ou de rupture du contrat de travail.

	GARANTIES	COTISATIONS
Salariés en congé longue durée non rémunéré	✓ Maintenues	✓ Congé de moins d'1 an Inchangées ¹ ✗ Congé de plus d'1 an 100% à votre charge
Salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire ou invalidité	✓ Maintenues jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle ou jusqu'à la retraite	✓ Arrêt de moins d'1 an Inchangées ¹ ✗ Arrêt de plus d'1 an 100% à votre charge
Anciens salariés préretraités amiante	✓ Maintenues jusqu'à la retraite	✓ Inchangées ¹
Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par le Pôle Emploi	✓ Maintenues	✓ Pour une durée égale à celle de votre ou de vos dernier(s) contrat(s) s'ils sont consécutifs, et ce dans la limite de 12 mois Exonération de cotisations ✗ Au-delà de cette période 100% à votre charge
Ayants droit d'un salarié décédé	✓ Maintenues jusqu'à l'âge de la retraite	✓ Inchangées ¹

¹ Cotisations identiques à celles des actifs et répartition inchangée entre la société et le salarié.

VOTRE RÉGIME DE PRÉVOYANCE



Soucieuse d'accompagner ses collaborateurs et leurs bénéficiaires dans les situations difficiles de la vie, Safran a mis en place un régime de Prévoyance qui vous protège en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès. Ce régime est composé de 2 contrats distincts. L'addition de ces 2 contrats vous procure un meilleur niveau de protection.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Incapacité-Invalidité-Décès

souscrit auprès d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP et géré par Vivinter (SIACI SAINT HONORÉ)



RÉGIME OBLIGATOIRE POUR LA VIE PROFESSIONNELLE, FACULTATIF POUR LA VIE PRIVÉE

Décès et Invalidité accidentels

Souscrit auprès de CHUBB et géré par DIOT

Les prestations interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale. Les garanties sont calculées en fonction de votre salaire annuel brut et peuvent également dépendre de votre situation de famille au moment de la réalisation du sinistre (par exemple les garanties décès).

1 > QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, le bénéficiaire est le salarié lui-même.

En cas de décès du salarié, et sans désignation spécifique, le capital est versé dans l'ordre de priorité suivant :

POUR LE RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS



- 1 Au conjoint du salarié non divorcé ni séparé de corps judiciairement.
- 2 Au partenaire avec lequel celui-ci est lié par un pacte civil de solidarité (sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS).
- 3 Au concubin, à condition que le concubinage soit notoire et constant, justifiant d'une durée d'au moins 3 ans sans lien matrimonial de part et d'autre, et d'un domicile commun durant cette période. Ce délai n'est pas nécessaire en cas de naissance d'un enfant.
- 4 Par parts égales aux enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, nés ou à naître, vivants ou représentés.
- 5 Par parts égales au père et à la mère, ou au survivant de l'un d'entre eux.
- 6 Par parts égales au grand-père et à la grand-mère, ou au survivant de l'un d'entre eux.
- 7 Aux héritiers en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

POUR LE RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS



- 1 Au conjoint du salarié survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif à la date du décès consécutif à un accident.
- 2 Au partenaire lié par un pacte civil de solidarité (sous réserve de la présentation de l'attestation d'inscription du PACS).
- 3 Au concubin à condition que le concubinage soit notoire et constant, justifiant d'une durée d'au moins 3 ans sans lien matrimonial de part et d'autre et d'un domicile commun durant cette période. Ce délai n'est pas nécessaire en cas de naissance d'un enfant.
- 4 Par parts égales aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés.
- 5 Par parts égales aux héritiers.

À RETENIR

Si vous ne souhaitez pas que le capital soit attribué selon cette règle, vous pouvez désigner la ou les personnes que vous souhaitez voir bénéficier du capital **en complétant les deux bulletins de désignation de bénéficiaires**. Ce formulaire est à adresser par courrier à chacun des gestionnaires (Vivinter et DIOT). Cette désignation est modifiable à tout moment. **Il est conseillé de vérifier régulièrement la liste des bénéficiaires spécifiés.**



2 ➤ EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Une Incapacité Temporaire de Travail (ITT) est une période pendant laquelle un salarié est inapte physiquement à exercer son activité professionnelle. Cette incapacité est constatée par un médecin par la prescription d'un arrêt de travail et donne lieu au versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.

- **Le maintien à 100% de votre salaire varie en fonction de votre statut professionnel et de votre ancienneté¹.**
- Tant que votre rémunération est maintenue à 100%, les indemnités journalières de la Sécurité sociale sont versées à l'entreprise: c'est la subrogation. Vous percevez ainsi votre salaire dans les conditions habituelles.
- Dès que votre rémunération n'est plus maintenue à 100%, vous percevez des indemnités journalières complémentaires, versées dans le cadre du régime Safran et également subrogées.
- **Le montant des prestations** versé dépend de votre salaire annuel brut au moment du fait générateur de l'arrêt de travail.
- **Le versement des prestations** est conditionné à la réception, par chaque organisme assureur, des documents nécessaires à l'appréciation des conditions de mise en œuvre de la garantie et à la détermination du montant des prestations.
- **Ces garanties s'appliquent** tant que la Sécurité sociale vous verse des indemnités journalières d'incapacité de travail, c'est-à-dire pendant trois ans au maximum. En fonction de votre état de santé, la Sécurité sociale peut décider de reconnaître votre invalidité permanente.

DÉTAIL DE VOS GARANTIES

GARANTIES EN POURCENTAGE DU SALAIRE ANNUEL BRUT²

89%

En cas de **maintien partiel du salaire** par l'employeur

85%

En l'absence de **maintien partiel du salaire** par l'employeur

VOUS AVEZ MOINS D'1 AN D'ANCIENNETÉ ?

Les garanties prévoyance interviendront à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu, soit après 3 mois.

À RETENIR

Les indemnités versées se substituent à votre salaire. Elles font par conséquent l'objet de prélèvements sociaux. Toutefois, ces prélèvements sont moins élevés que ceux appliqués à votre salaire brut. Ainsi, lorsque Ma Prévoyance by Safran vous garantit de 85% à 89% de votre salaire brut, **cela revient à vous garantir au moins 95% de votre salaire net (avant impôts).**

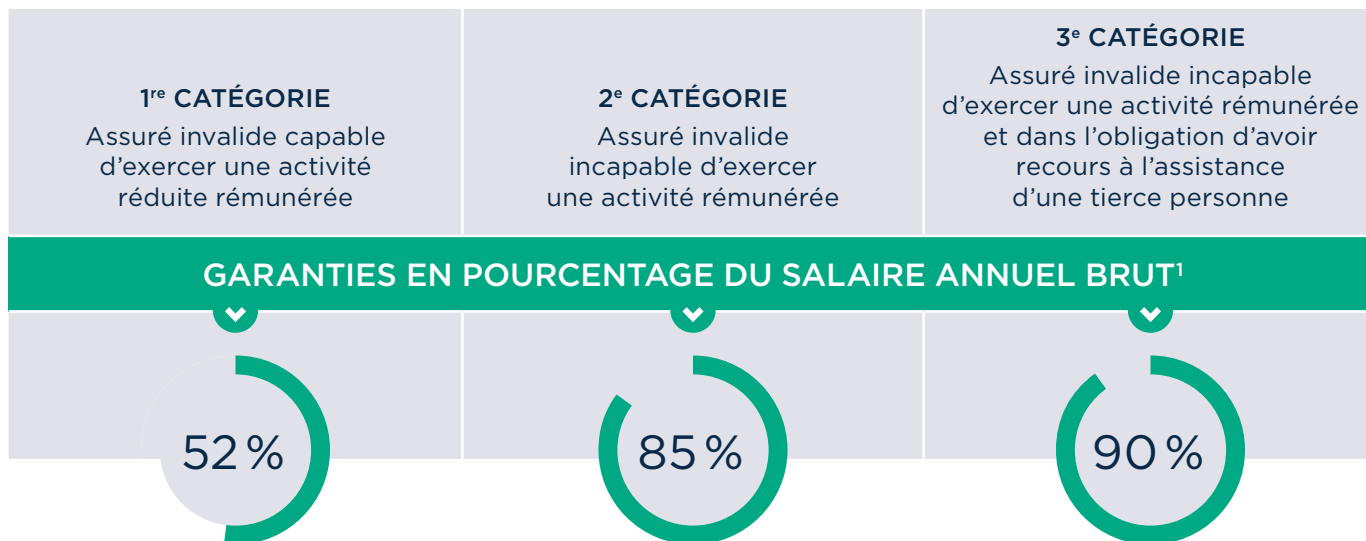
¹ Les règles de maintien de salaire dépendent des conventions collectives de la métallurgie.

² Salaire annuel brut limité à 8 plafonds annuels de la Sécurité sociale, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, et dans la limite de 100% de votre salaire net avant toute éventuelle imposition à la source.

3 > EN CAS D'INVALIDITÉ

L'invalidité résulte de la réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail. La garantie permet le versement d'une rente en complément de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale.

LA SÉCURITÉ SOCIALE DÉFINIT 3 CATÉGORIES D'INVALIDITÉ :



EXEMPLE

Je perçois un salaire annuel brut de 40 000€.



Le médecin-conseil de la Sécurité sociale a reconnu mon état d'invalidité en catégorie 2. Je suis donc dans l'impossibilité d'exercer mon activité.

Je reçois les rentes légales de la Sécurité sociale.

Ma Prévoyance by Safran me donne droit au versement d'une rente complémentaire.

=

Le montant total de mes garanties = 40 000 x 85%
= 34 000€ brut par an



À RETENIR

Lorsque l'invalidité fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la Sécurité sociale ne définit plus une catégorie d'invalidité mais un taux d'incapacité permanente, en fonction de la gravité des séquelles. La rente d'invalidité de Ma Prévoyance by Safran dépend dans ce cas de ce taux d'incapacité permanente. Pour plus de détails, reportez-vous à la notice d'information.

ACCIDENT DE LA VIE PROFESSIONNELLE

Si l'invalidité est due à une cause accidentelle survenue durant votre vie professionnelle, vous percevez également le capital prévu dans le cadre du régime Décès et Invalidité accidentels. Il est égal au maximum à 450 % du plafond annuel de la Sécurité sociale² (soit au maximum 182 358 € pour 2019), abattu en fonction du taux d'invalidité déterminé par le médecin-conseil de la Sécurité sociale. La même indemnité est due lorsque l'invalidité est consécutive à un accident survenu dans le cadre de la vie privée, à condition que vous ayez souscrit l'option correspondante.

EXEMPLE

Si l'invalidité fait suite à un accident dans le cadre professionnel, je perçois également un capital.



= 450 % x 80 %
(taux d'invalidité)
x (40 524 €)²

= 145 886 €

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (catégorie 3)

Si vous êtes dans l'impossibilité totale et irréversible d'exercer une activité professionnelle et que vous devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, **vous pouvez demander le versement par anticipation du capital décès majoré**, calculé selon un pourcentage de votre salaire annuel brut (Formule 1 – voir page 22) avec un minimum de 400 % pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé.

En cas d'accident, vous bénéficiez de la majoration de 50 % prévue par le régime, sauf pour les salariés célibataires, veufs ou divorcés (voir page 23).

Vous percevez également le capital prévu dans le cadre du régime Décès et Invalidité accidentels, à hauteur de 450 % du PASS² (voir page 23).

S'il s'agit d'un accident de la vie privée, ce capital est versé à condition d'avoir souscrit l'option correspondante.



¹ Salaire annuel brut limité à 8 plafonds annuels de la Sécurité sociale, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, et dans la limite de 100% de votre salaire net avant toute éventuelle imposition à la source.

² PASS = plafond annuel de la Sécurité sociale (40 524 € en 2019).

4 > EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, Ma Prévoyance by Safran propose 4 formules adaptées à votre situation familiale. Vous avez le choix entre le versement du capital seul ou le versement du capital réduit associé à une rente pour votre conjoint et/ou vos enfants à charge¹.

Le montant des prestations s'exprime en pourcentage du salaire annuel brut dans la limite de 8 plafonds de la Sécurité sociale.

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

FORMULE 2 CAPITAL RÉDUIT + RENTE ÉDUCATION		
➤ Capital	Célibataire, veuf, divorcé	200 %
	Marié	250 %
➤ Rente éducation	enfant de 0 à 11 ans	15 %
	enfant de 12 à 18 ans	20 %
	enfant de 19 à 21 ans (ou 26 ans si études supérieures) ²	25 %

FORMULE 3 CAPITAL RÉDUIT + RENTE DE CONJOINT	
➤ Capital	250 %
➤ Rente de conjoint viagère	$0,50\% \times (65 - A^*)$ (65 - A* est au moins égal à 5)
➤ Rente de conjoint temporaire	$0,25\% \times (A^* - 25)$

A* : âge du salarié au moment du décès

FORMULE 4 CAPITAL RÉDUIT + RENTE ÉDUCATION + RENTE DE CONJOINT		
➤ Capital		250 %
➤ Rente éducation	enfant de 0 à 11 ans	8 %
	enfant de 12 à 18 ans	10 %
	enfant de 19 à 21 ans (ou 26 ans si études supérieures) ²	12 %
➤ Rente de conjoint viagère		$0,35\% \times (65 - A^*)$ (65 - A* est au moins égal à 5)
➤ Rente de conjoint temporaire		$0,25\% \times (A^* - 25)$

A* : âge du salarié au moment du décès



¹ Enfants à charge: voir lexique.

² Sans limite d'âge en cas de handicap et sous réserve de percevoir l'allocation prévue par la loi du 30 juin 1975.

EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

Dans le cas d'un décès accidentel, vos ayants droit bénéficient d'une majoration du capital décès et des rentes éducation éventuellement choisies. Ils bénéficient également du capital forfaitaire prévu dans le cadre du régime Décès et Invalidité accidentels (s'il s'agit d'un accident dans le cadre professionnel ou si vous avez souscrit l'option pour les accidents de la vie privée).

➤ Régime Incapacité-Invalidité-Décès	50% du capital Décès et de la rente éducation (si elle a été choisie)
➤ Régime Décès et Invalidité accidentels	450% PASS ¹

Pour bénéficier de cette garantie, le décès doit intervenir dans les 12 mois, de date à date, qui suivent l'accident.

Par "accidentel", il faut comprendre une atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Sont par exemple exclus de cette définition le suicide ou la tentative de suicide, les tremblements de terre, la participation à des courses ou concours impliquant une prise de risques inconsidérés et tout accident au cours duquel le salarié se trouvait sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants à des taux égaux ou supérieurs à ceux autorisés par la loi.

Par exception, en cas d'accident vasculaire cérébral, rupture d'anévrisme cérébral, accident cardiaque ou infarctus du myocarde pendant un déplacement professionnel, le régime Décès et Invalidité accidentels vous verse un capital égal à 50% du capital décès prévu, soit 225% du plafond annuel de la Sécurité sociale.

EXEMPLE

Je suis marié avec 2 enfants à charge de 15 et 20 ans, je perçois un salaire annuel brut de 40 000€. J'ai choisi la formule 2.

Le capital décès versé à ma famille = $40\,000 \times 250\% = 100\,000\text{€}$

S'il s'agit d'un décès suite à un accident au cours de la vie professionnelle, ma famille perçoit également :

- Un capital décès majoré = $100\,000\text{€} \times 50\% = 50\,000\text{€}$
- Les garanties du régime Décès et Invalidité accidentels = $450\% \times 40\,524\text{€} = 182\,358\text{€}$

soit un capital total de 332 358 €

+ Les rentes éducation

$40\,000 \times 20\% = 8\,000\text{€}/\text{an} + 50\%$, soit au total **12 000€/an pour mon enfant de 15 ans**

$40\,000 \times 25\% = 10\,000\text{€}/\text{an} + 50\%$, soit au total **15 000€/an pour mon enfant de 20 ans**

COMMENT CHOISIR L'UNE DES FORMULES ?

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

Par défaut, lorsqu'aucune formule n'aura été choisie préalablement au décès, le choix sera effectué par le(s) bénéficiaire(s).

COMMENT SOUSCRIRE L'OPTION "VIE PRIVÉE" DE LA GARANTIE DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS ?

Vous pouvez souscrire cette option à tout moment, au moyen du bulletin d'adhésion ou de modification, à retourner à votre service Ressources Humaines. La modification sera prise en compte le premier jour du mois suivant la demande.

¹ PASS = plafond annuel de la Sécurité sociale (40 524 € en 2019).

5 > LE DÉCÈS SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR DU CONJOINT

Si votre conjoint décède simultanément ou postérieurement à vous, en ayant un ou plusieurs enfants à charge issus du mariage, PACS ou concubinage, un capital supplémentaire égal à 100% du capital majoré sera versé et partagé entre les enfants à charge, quelle que soit la formule Décès qui avait été choisie.

DÉCÈS DU CONJOINT SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR À CELUI DU PARTICIPANT

➤ Capital à répartir entre les enfants à charge

100% du capital majoré de la Formule 1

À RETENIR

- Le capital décès n'est pas soumis à l'impôt sur le revenu, ni à la CSG/CRDS.
- Les rentes sont soumises à l'impôt sur le revenu et à la CSG/CRDS.
- La rente éducation cesse d'être versée au plus tard aux 26 ans révolus de l'enfant. En cas de handicap de l'enfant, il n'y a plus de limite d'âge, sous réserve de percevoir l'allocation prévue par la loi du 30 juin 1975.
- La rente de conjoint temporaire est versée jusqu'à la liquidation de la retraite du bénéficiaire.
- La rente de conjoint viagère est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

6 > LES FRAIS D'OBSÈQUES

Une allocation Frais d'obsèques à hauteur de 100% du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur le jour du décès) est versée en cas de décès du conjoint ou d'un enfant de plus de 12 ans. L'allocation pour frais d'obsèques est versée dans la limite des frais réellement engagés.

À RETENIR

Les salariés confrontés au décès d'un enfant de moins de 12 ans ont la possibilité de soumettre une demande d'aide au fonds social de Safran, qui intervient en complément d'autres organismes (mutuelle, Humanis Prévoyance, Ocirp ou autres).

7 > VOUS ÊTES À TEMPS PARTIEL ?

Le salaire annuel brut pris en compte pour le calcul des prestations Incapacité-Invalidité-Décès est celui qui vous est versé dans le cadre de votre temps partiel. Vous pouvez néanmoins, en souscrivant une option facultative spécifique, cotiser sur le salaire que vous auriez perçu si vous aviez travaillé à temps plein, ce qui vous permet d'obtenir de meilleures garanties.

8 > VOS DÉMARCHES

Certaines démarches sont à effectuer dans le cadre des régimes Incapacité-Invalidité-Décès et Décès et Invalidité accidentels.

QUE FAIRE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ?

Vous devez informer votre entreprise dans les plus brefs délais et envoyer votre arrêt de travail sous 48 h à votre service Ressources Humaines et à votre centre de Sécurité sociale, ainsi que toutes les éventuelles prolongations ultérieures. Si les garanties de Ma Prévoyance by Safran interviennent, votre service Ressources Humaines assurera la constitution du dossier en lien avec le gestionnaire VIVINTER.

QUE FAIRE EN CAS D'INVALIDITÉ ?

Pour bénéficier des garanties du régime Incapacité-Invalidité-Décès, vous devez adresser une copie de la notification par la Sécurité sociale de votre rente d'invalidité à votre service Ressources Humaines. Celui-ci pourra ainsi demander au gestionnaire VIVINTER de vous verser la rente complémentaire qui vous parviendra tous les trimestres, à terme échu.

Pour bénéficier des garanties du régime Décès et Invalidité accidentels, en cas d'invalidité consécutive à un accident et dès lors que votre arrêt de travail dépasse trois mois, vous devez vous rapprocher de votre service Ressources Humaines. Ce dernier complète avec vous le formulaire de déclaration et l'adressera au gestionnaire DIOT.

QUE FAIRE EN CAS DE DÉCÈS ?

Pour bénéficier des garanties du régime Incapacité-Invalidité-Décès, les bénéficiaires doivent s'adresser au gestionnaire VIVINTER ou à votre service Ressources Humaines. Dans tous les cas, dès que le gestionnaire aura été informé par l'entreprise de votre décès, il se mettra en contact avec le ou les bénéficiaire(s) afin de constituer le dossier.

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

Pour bénéficier des garanties du régime Décès et Invalidité accidentels, vos ayants droit doivent se rapprocher de votre service Ressources Humaines afin d'établir le formulaire de déclaration. Le service Ressources Humaines l'adressera ensuite au gestionnaire DIOT.

➤ Pour plus d'informations, consultez les notices d'information.

VOS CONTACTS

GESTIONNAIRE DU RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

SIACI SAINT HONORÉ (Vivinter)

Immeuble Equinox
23, allées de l'Europe 92584 CLICHY Cedex
01 70 91 39 32
prevoyance@vivinter.fr

GESTIONNAIRE DU RÉGIME DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

DIOT

1, rue des Italiens, 75307 PARIS Cedex 9
fmuhr@diot.com



9 > VOS COTISATIONS

COTISATIONS DU CONTRAT INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

Elles sont proportionnelles à vos tranches de salaire. L'entreprise prend en charge 70 % des cotisations.

Taux au 1^{er} janvier 2020

PART EMPLOYEUR ¹		PART SALARIÉ ²	
TRANCHE A	TRANCHES B & C	TRANCHE A	TRANCHES B & C
0,86 %	1,296 %	0,37 %	0,558 %

À RETENIR

Les plafonds de Sécurité sociale en 2019

Tranche A: 1 plafond de la Sécurité sociale entre 0 et 3 377 €.

Tranche B: entre 1 et 4 plafonds de la Sécurité sociale, soit entre 3 377 € et 13 508 €.

Tranche C: entre 4 et 8 plafonds de la Sécurité sociale, soit entre 13 508 € et 27 016 €.

EXEMPLE

J'ai un salaire mensuel brut de 2 000 €.



Ma cotisation mensuelle sera de $0,37\% \times 2\,000\text{€}$

= 7,40 €

J'ai un salaire mensuel brut de 4 000 €.



Ma cotisation mensuelle sera de $0,37\% \times 3\,377\text{€} + 0,558\% \times 623\text{€}$

= 15,97 €



COTISATIONS DU CONTRAT DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

Elles sont forfaitaires et exprimées en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale. **Safran prend en charge 100 % de la cotisation du régime obligatoire. En revanche, l'option "vie privée" est entièrement à la charge du salarié.**

PART EMPLOYEUR ¹	PART SALARIÉ ²
Régime de base	Option vie privée
0,036 % du PASS ³ (soit 14,64 €/an en 2019)	0,075 % du PASS ³ (soit 30,36 €/an en 2019)

À RETENIR

Vos garanties sont maintenues en cas de suspension ou de rupture du contrat de travail.

	Régime Incapacité-Invalidité-Décès		Régime Décès et Invalidité accidentels	
	GARANTIES	COTISATIONS	GARANTIES	COTISATIONS
Salariés en congé longue durée non rémunéré	✓ Maintenues jusqu'à la retraite	✓ Congé de moins d'1 an inchangées ⁴ ✗ Congé de plus d'1 an 100% à votre charge	✓ Maintenues	✓ Inchangées ⁴
Salariés ou anciens salariés en incapacité temporaire ou invalidité	✓ Maintenues jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle ou jusqu'à la retraite	✓ Exonération de cotisations dès que le salaire n'est plus maintenu par l'employeur	✓ Maintenues	✓ Inchangées ⁴
Anciens salariés préretraités amiante	✓ Maintenues jusqu'à la retraite	✓ Inchangées ⁴	Néant	
Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par le Pôle emploi	✓ Maintenues	✓ Exonération de cotisations pour une durée égale à celle de votre ou de vos dernier(s) contrat(s) s'ils sont consécutifs, et ce dans la limite de 12 mois	✓ Maintenues	✓ Exonération de cotisations pour une durée égale à celle de votre ou de vos dernier(s) contrat(s) s'ils sont consécutifs, et ce dans la limite de 12 mois

¹ La part employeur de la cotisation au titre du régime Incapacité-Invalidité-Décès et du régime Décès et Invalidité accidentels est exonérée de charges sociales et fiscales.

² La part salarié du régime obligatoire est défiscalisée, en revanche celle de l'option vie privée facultative n'est pas défiscalisée.

³ PASS = plafond annuel de la Sécurité sociale (40 524 € en 2019).

⁴ Cotisations identiques à celles des actifs et répartition inchangée entre la société et le salarié.

LE FONDS SOCIAL



Safran a souhaité créer un fonds social au bénéfice de ses salariés, de ses retraités et de leurs ayants droit concernés par Ma Prévoyance by Safran.

1 > LES MISSIONS DU FONDS SOCIAL

Le fonds social a deux principales missions:



La prise en charge de certaines dépenses liées à votre santé lorsqu'elles entraînent des difficultés financières.



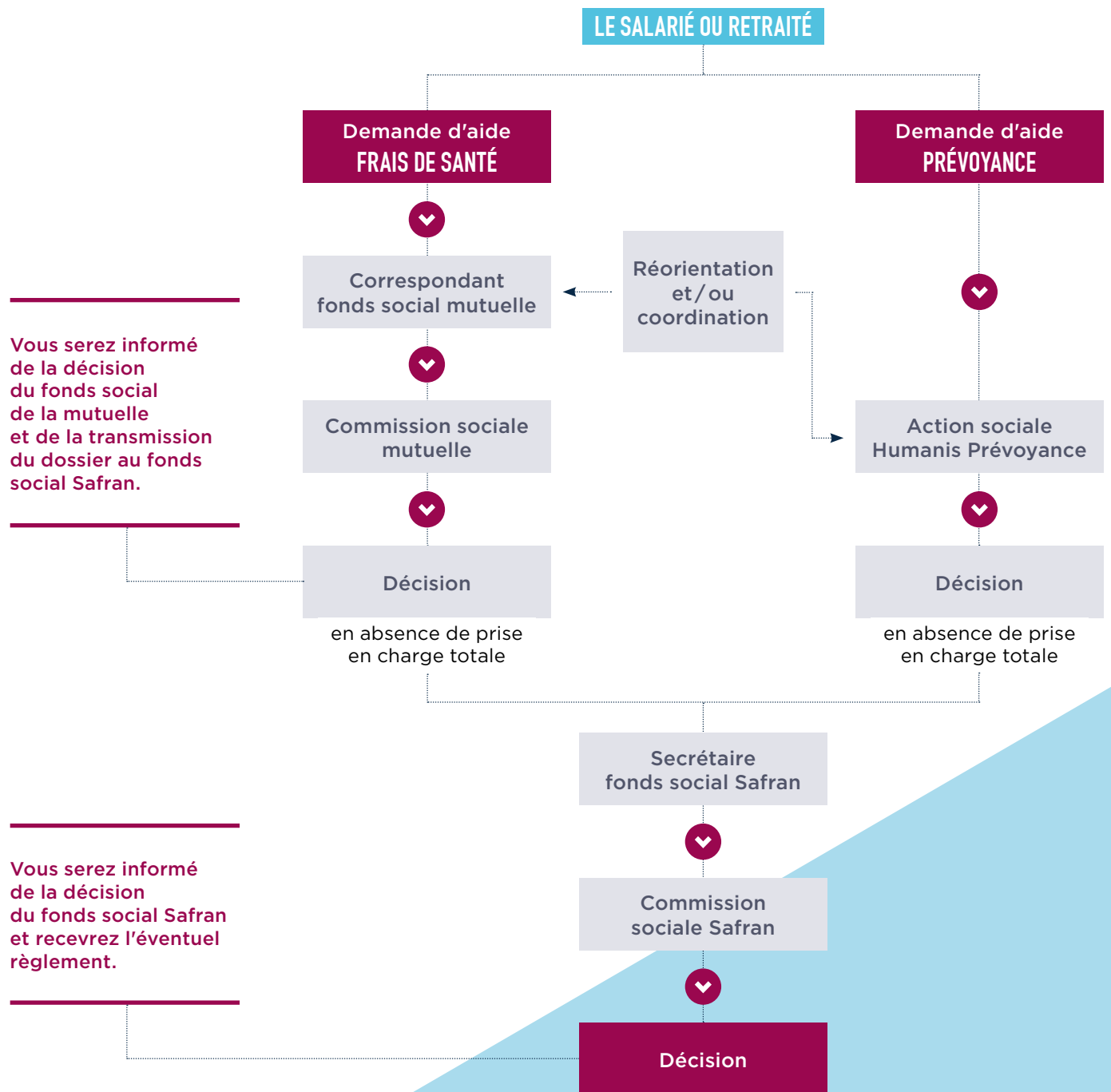
La conduite d'actions de prévention et d'éducation à la santé au sein de l'entreprise.

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

Le fonds est alimenté chaque année, si les résultats le permettent, par l'affectation d'un pourcentage du solde créditeur global des régimes de Ma Prévoyance by Safran.

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

2 > LE TRAITEMENT DES DEMANDES D'AIDE MODE D'EMPLOI



L'AIDE AUX AIDANTS



Dès qu'un proche manifeste des signes de difficulté dans sa vie quotidienne, qu'il s'agisse d'une maladie, d'un début de dépendance liée à l'âge ou d'une situation de handicap, la première action consiste à chercher un accompagnement de qualité pour vous et votre famille. Les structures vers lesquelles se tourner sont nombreuses et il est souvent difficile de s'y retrouver seul.

Pour pallier ces difficultés, le régime de prévoyance est enrichi d'une offre "Aide aux aidants", afin de prendre en compte la situation des collaborateurs et des retraités qui accompagnent au quotidien un proche malade ou en situation de handicap. Ce dispositif, appelé "My Prévention", a été créé sur-mesure pour Safran, dans le cadre d'un partenariat entre SIACI SAINT HONORÉ et Humanis Prévoyance. Entièrement financé par les excédents du régime de prévoyance mis en réserve depuis 2009, il est effectif depuis le 1^{er} novembre 2018.

1 > QUI EN BÉNÉFICIE ?

L'ensemble des salariés et des retraités du Groupe adhérant au régime d'accueil de Safran bénéficie de l'offre "Aide aux aidants" en cas de perte d'autonomie de leurs parents, enfants et/ou conjoint.

2 > LES SERVICES



Services

- Plateforme d'écoute, d'assistance et d'orientation de l'aidant
- Formation de l'aidant
- Annuaire sanitaire et social
- Plateforme digitale d'informations sur les aidants et les aidés
- Réseau virtuel Vivre Chez Moi qui permet de mettre en relation la communauté des aidants et la personne aidée



Prévention

- Bilan de prévention autonomie
- Bilan de prévention mémoire
- Bilan de prévention des risques cardiovasculaires
- Réseau d'ostéopathes ouvert à l'aidant
- Bilan de l'activité physique de l'aidant et bilan médico-psycho-social



Assistance

- Prestations de téléassistance
- Prestations d'assistance en complément de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la Prestation compensatoire du handicap (PCH)
- Prestations d'assistance pour pallier l'absence de l'assuré aidant en cas de déplacement professionnel impératif non planifié
- Garde d'un proche parent aidé (à partir de GIR 4¹)/handicapé en cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré, de son conjoint ou de leurs enfants
- Garde du proche parent aidé et bilan de situation en cas de décès de l'assuré aidant
- Solutions de répit pour l'aidant

¹ GIR (Groupe Iso-Ressources) : voir lexique.



Soutien

- Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique
- Soutien administratif au domicile du proche parent aidé en cas d'éloignement géographique de l'assuré aidant
- Soutien psychologique
- Accompagnement du deuil
- Accompagnement du handicap



Hébergement

- Aide à la recherche d'établissements temporaires (à partir de GIR 4)
- Accompagnement à la recherche et à l'entrée en structure d'accueil adaptée pour personnes âgées
- Comparateur d'établissements pour personnes âgées, conseils et informations sur les solutions de financement
- Assistance le jour du départ en établissement pour personnes âgées



Maintien à domicile

- Aménagement du domicile de l'assuré devenu dépendant/handicapé
- Assistance pour la recherche et la mise en œuvre de prestations d'ergothérapeute et accompagnement dans la réalisation des travaux
- Plateforme d'appel pour l'intermédiation dans la recherche de services à la personne pour le maintien à domicile

VOS CONTACTS

POUR PLUS D'INFORMATIONS

- Rendez-vous sur le site <https://myprevention.fr/public/>
- Contactez la plateforme téléphonique au **09 69 36 86 09** (coût d'un appel local)
- Téléchargez l'**application mobile My Prévention**, disponible sur tous les App Stores
- Rendez-vous sur le site www.maprevoyancebysafran.fr (Code SAFRANPREV09)
- Rendez-vous sur **Insite > Espace RH > Rémunérations et Avantages sociaux**



LEXIQUE

A

ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE

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

AFFECTION LONGUE DURÉE

Affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour laquelle le ticket modérateur est supprimé. La liste de ces affections longue durée dites "exonérantes" ("ALD 30") est fixée par décret.

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

AYANTS DROIT

Membres de la famille (conjoint, concubin, enfants...) couverts par le régime Frais de santé Safran, sauf s'ils justifient de leur couverture par un autre régime collectif et obligatoire.

B

BASE DE REMBOURSEMENT

La Sécurité sociale définit pour chaque type de prestation de santé une Base de remboursement (BR) qui sert de référence pour le calcul de ses remboursements et la plupart des remboursements du régime Frais de santé Safran. La part de la Base de remboursement non prise en charge par la Sécurité sociale est le ticket modérateur.

C

CONJOINT

Sont assimilés au conjoint marié :

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

CONTRAT RESPONSABLE

Il doit répondre à un certain nombre d'obligations légales (prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, du ticket modérateur pour certaines consultations et actes, de deux prestations liées à la prévention...) et d'interdictions (absence de prise en charge de la participation forfaitaire d'1€, limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans, limitation du remboursement de la monture des lunettes à 100€ maximum par équipement, plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires de consultation de médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

CONVENTIONNÉ

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

E**ENFANTS À CHARGE POUR LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ**

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

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

ENFANTS À CHARGE POUR LE RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

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

- sont âgés de moins de 21 ans et n'exercent pas une activité donnant lieu à une rémunération supérieure au SMIC ;
- sont étudiants et âgés de moins de 26 ans ;
- n'exercent pas une activité stable et durable pendant une durée d'un an au maximum et âgés de moins de 26 ans ;
- sont handicapés, quel que soit leur âge et dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée, et perçoivent à ce titre des allocations, y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, s'ils justifient d'une rémunération inférieure au SMIC.

F**FORFAIT JOURNALIER**

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

FRAIS RÉELS

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

FRANCHISE MÉDICALE

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple), 0,50 € par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire. La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME), les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement).

I**INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (IJSS)**

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

INVALIDITÉ

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

M

MÉDECIN CONVENTIONNÉ SECTEUR 1

Applique le tarif conventionnel (la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale) et n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires, sauf en cas de demande particulière du patient.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ SECTEUR 2

Pratique des honoraires libres et est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires "avec tact et mesure".

MÉDECIN NON CONVENTIONNÉ

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

O

OPTAM - OPTAM-CO

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens) est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins. Des praticiens de secteur 1 peuvent aussi, sous certaines conditions, y adhérer. Le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ne fait l'objet d'aucune limitation par le décret. Les médecins adhérents s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés. Non seulement les patients ont accès à des honoraires libres "gelés" pendant trois ans, mais ils sont mieux remboursés par la Sécurité sociale.

P

PARCOURS DE SOINS

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

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

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE D'1 EURO

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

PHARMACIE

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

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)

Valeur servant de base de calcul à la Sécurité sociale (soit 3 377 € en 2019). Elle est utilisée pour définir le montant de certaines prestations, exprimées en pourcentage de PMSS.

R
—**RENTE TEMPORAIRE**

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

RENTE VIAGÈRE

Rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

T
—**TICKET MODÉRATEUR**

Part de la Base de remboursement non prise en charge par la Sécurité sociale, qui doit être remboursée par les régimes Frais de santé complémentaires. Par exemple, la Base de remboursement de la Sécurité sociale est de 25 € pour la consultation d'un médecin généraliste adhérent OPTAM. La Sécurité sociale prend en charge 70% de ce montant.

Le ticket modérateur (ou TM) est de 30% de 25 € (soit 7,50 €).



**POWERED
BY TRUST**

SAFRAN

2, boulevard du Général Martial-Valin
75 724 Paris Cedex 15 - France
www.safran-group.com

