

Accord du 27 octobre 2020

(Non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2021)

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FFBJOC

FH

Syndicat(s) de salariés :

CFDT

CFE CGC

CFTC

CGT FO

Il a été convenu ce qui suit

Préambule

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent du 5 juin 1970 ont mis en place, par accord du 17 juillet 2015, un régime de frais de santé au niveau de la branche.

Cet accord a été révisé par les avenants du 9 février 2016, du 13 mars 2017 et du 19 novembre 2019.

Dans le cadre de l'harmonisation conventionnelle des branches suite à l'arrêté du 16 novembre 2018, les partenaires sociaux se sont réunis afin de réviser ces dispositifs et de proposer un régime commun.

Le présent accord révisé ainsi, en s'y substituant, l'ensemble des accords frais de santé préexistant dans les champs de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent, ainsi que dans le champ de l'horlogerie.

Il est rappelé que la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins, dénommé « Panier », dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les français disposant d'une complémentaire santé.

Les dispositions ci-après s'inscrivent pleinement dans le cadre de cette réforme.

Article 1er

Objet et champ d'application

Les partenaires sociaux ont souhaité harmoniser l'obligation de souscrire un contrat d'assurance collective comportant des garanties frais de santé, au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent et affiliés au régime général ou au régime Alsace-Moselle de Sécurité sociale (dénommé dans la suite du document « l'accord collectif ») ainsi qu'aux entreprises relevant de la convention collective nationale de l'horlogerie, placée en annexe.

Dans ce cadre, ils ont décidé de recommander aux entreprises de la branche de souscrire auprès des groupements de coassurance mutualistes visés au présent accord (dénommé dans la suite du document « l'organisme assureur ») un contrat d'assurance dédié, dont les principales dispositions sont exposées dans le contrat de garanties collectives, permettant ainsi aux entreprises de participer à un périmètre de mutualisation.

Article 2

Recommandation

Les groupements recommandés sont :

- HARMONIE MUTUELLE, Groupe VYY, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, Numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS
- Groupe AESIO, union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du livre I du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°821 965 241, enregistrée à l'ORIAS sous le n°16006968. Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
- MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181. Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 PARIS

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives commun aux trois assureurs choisis.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale, l'organisme assureur ne peut refuser la souscription d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord collectif.

L'organisme assureur recommandé s'engage à proposer systématiquement, aux entreprises relevant du champ d'application de l'accord collectif, les niveaux de couverture définis à l'article 4.

La mise en œuvre et le suivi du régime mutualisé auprès de l'organisme assureur sont assurés par la commission paritaire nationale, dans les conditions visées au protocole technique et financier (cf. art. 7.2 « Comptes de résultats mutualisés »), au protocole de gestion et aux conditions générales du contrat d'assurance frais de santé annexés au contrat cadre.

Les parties signataires considèrent que le champ d'application de cet accord inclut les VRP, nonobstant les dispositions de l'article 1er de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent et de l'article 1^{er} de la convention collective nationale de l'horlogerie qui prévoit qu'ils ne peuvent se prévaloir sauf certaines prescriptions, des dispositions de la convention collective.

Article 3

Souscription du contrat par les entreprises

3.1. Souscription du contrat d'assurance

Pour la mise en œuvre du présent régime, l'entreprise souscrit un contrat d'assurance auprès d'un des organismes des groupements recommandés.

Les parties peuvent résilier ces contrats d'assurance selon les dispositions fixées aux conditions générales de ces derniers.

Ces contrats d'assurance ne peuvent être souscrits que par les entreprises relevant de la convention collective de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent ou de la convention collective de l'horlogerie.

Dans l'hypothèse d'un changement d'activité entraînant pour une entreprise adhérente sa sortie du champ de la convention collective, ils prendront fin selon les modalités prévues dans les conditions générales desdits contrats.

3.2. Bénéficiaires

L'adhésion des salariés (et, le cas échéant, de leurs ayants droit) est formalisée par la signature d'un bulletin individuel d'affiliation.

Aucune sélection médicale n'est effectuée.

3.2.1. Définition des salariés bénéficiaires

Conformément à l'accord collectif :

Sont couverts à titre obligatoire : tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent affiliés au régime général ou au régime Alsace-Moselle de Sécurité sociale ; ainsi que tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective de l'horlogerie, placée en annexe.

L'obligation d'affiliation des salariés au contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses autorisées par la réglementation ou prévues conventionnellement.

Dans le cas où l'entreprise souscrit uniquement aux garanties de base, les salariés ont la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à l'option supplémentaire facultative.

Les cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

3.2.3. Ayants droit couverts à titre facultatif

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés couverts par le présent régime peuvent demander que leurs ayants droit tels que définis par le contrat collectif d'assurance bénéficient d'une couverture à adhésion facultative, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

On entend par ayant droit du salarié :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement, à la date de l'événement donnant lieu à prestation :
 - Est assimilé au conjoint du salarié :
 - son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) :
Est considérée comme partenaire de Pacs, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires ;
 - son concubin :
Est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve qu'une période de vie commune de 1 année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du salarié ;
- Les enfants à charge du salarié et éventuellement de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, de son concubin. Sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants de moins de 18 ans ;
- Les enfants jusqu'au jour de leur 26ième anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel,
- Les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires d'une carte invalidité ou d'une carte mobilité portant la mention « invalidité » inclusion prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou la mention « stationnement pour personne handicapée » ou la mention « priorité », ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du membre participant sont considérés comme à charge.

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

Article 4 **Cotisations**

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations mensuelles, calculées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

La structure des cotisations est la suivante :

- salarié : le salarié de l'entreprise ayant souscrit le contrat (cotisation obligatoire ou pour les salariés qui ont retenu une amélioration de leur niveau de couverture en adhérant à l'option supplémentaire facultative) ;
- conjoint : le conjoint du salarié tel que défini à l'article 2.2.3 ci-dessus (cotisation additionnelle facultative) ;
- enfant : l'enfant à charge tel que défini à l'article 2.2.3 ci-dessus (cotisation additionnelle facultative) ; la cotisation est gratuite à compter du troisième enfant à charge.

Les montants des cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de la signature du présent accord.

La cotisation ainsi définie inclut le financement du maintien de la garantie prévu par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale. Ce financement mutualisé s'applique pour l'ensemble des bénéficiaires et niveaux de garanties assurés par les contrats collectifs souscrits par l'entreprise.

L'organisme assureur s'engage à maintenir les cotisations visées à l'accord collectif jusqu'au 31 décembre 2022, sauf en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire. Dans ce cas, les modifications seront entérinées dans les conditions définies à l'article 8.

Les taux de cotisation applicables au 1er janvier 2021 sont les suivants.

4.1. Salariés couverts à titre obligatoire
1. Régime de base

(En pourcentage du PMSS.)

Régime général		Base Conventionnelle
Actifs	Salarié obligatoire	1,39
	Conjoint facultatif	1,55
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,76

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Alsace-Moselle		Base Conventionnelle
Actifs	Salarié	0,97
	Conjoint facultatif	1,08
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,53

2. Régime de base + option à titre obligatoire pour l'entreprise et obligatoire pour le salarié

(En pourcentage du PMSS.)

Régime général		Base + option
Actifs	Salarié obligatoire	1,75
	Conjoint facultatif	1,97
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	1,02

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Alsace-Moselle		Base + option
Actifs	Salarié	1,33
	Conjoint facultatif	1,50
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,79

4.2. Salariés couverts à titre facultatif et ayants droit couverts à titre facultatif

Les cotisations additionnelles servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

(En pourcentage du PMSS.)

Régimes général et Alsace-Moselle		Base conventionnelle+ soption facultative
Actifs	Salarié	0,41
	Conjoint facultatif	0,42
	Enfant facultatif (gratuité à partir du 3e enfant)	0,26

4.3. Financement par l'Employeur :

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de l'entreprise par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

Article 5 **Garanties**

Les niveaux de garanties sur lesquels portent l'engagement des organismes assureurs sont précisés ci-après.

Les prestations définies aux contrats d'assurance souscrits par l'entreprise s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats responsables », définis à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, et à l'ensemble de ses textes d'application.

En cas d'évolution de ce cadre, le contrat d'assurance est mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, dans les conditions définies à l'article 8.

Tableau de garanties

(au 1^{er} janvier 2021).

		BASE CONVENTIONNELLE	BASE + OPTION
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS		
	HONORAIRES MEDICAUX		
	Consultations, visites généralistes		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
	Consultations, visites spécialistes		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	105 % BR	125 % BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	105 % BR	125 % BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR	

- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
Actes de sages-femmes	100 % BR	100 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX		
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	100 % BR
MEDICAMENTS	100 % BR	100 % BR
Autres vaccins non remboursés par la SS	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Automédication (1)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
MATERIEL MEDICAL		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100 % BR	200 % BR
TRANSPORT SANITAIRE		
Ambulances, vhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR

AIDES AUDITIVES			
AIDES AUDITIVES	Prothèse auditive remboursable		
	- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement)(2)(3)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II)(2)(3)	100 % BR	200 % BR
	Entretien, fournitures et accessoires	100 % BR	200 % BR
CURE THERMALE			
CURE THERMALE	Cure thermale acceptée par la SS (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
HOSPITALISATION	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE		
	Frais de séjour	100 % BR	250 % BR
	Forfait actes lourds	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	125 % BR
	Chambre particulière	25 € par jour	50 € par jour

	Chambre particulière en maternité	25 € par jour limité à 6 jours par séjour	50 € par jour limité à 6 jours par séjour
	Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans	25 € par jour	50 € par jour
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	Forfait maternité	50 €	50 €
OPTIQUE			
OPTIQUE	Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement)(3)(4)(5)(6)		
	Monture + verres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	Equipement à tarifs libres (Classe B)(3)(4)(5)(6)		
	Monture	100 €	100 €
	Par verre		
	. Simple	100 €	125 €
	. Complexe	220 €	245 €
	. Très complexe	250 €	275 €
	Adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR
	Verres avec filtre	100% BR	100% BR

Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge par la SS	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 € avec un minimum de 100% BR	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 € avec un minimum de 100% BR
Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
Chirurgie / opération oculaire	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 375 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 800 €

DENTAIRE			
DENTAIRE	Soins	200 % BR	200 % BR
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (3)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (3)		
	- Prothèses fixes	350 % BR	450 % BR
	- Inlay-Core	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses transitoires	350 % BR	450 % BR
	- Inlay onlay	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses amovibles	350 % BR	450 % BR
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
	- Prothèses fixes	350 % BR	450 % BR
	- Inlay-Core	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses transitoires	350 % BR	450 % BR
	- Inlay onlay	200 % BR	200 % BR
- Prothèses amovibles	350 % BR	450 % BR	
Implantologie	325 € / Implant	750 € / Implant	
Orthodontie prise en charge par la SS	250 % BR	350 % BR	
AUTRES			
AUTRES	Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire
	Actes de prévention (7)	100 % BR	100 % BR
	Assistance	Oui	Oui

BR : Base de remboursement - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique - RSS : remboursement de la Sécurité sociale - SS : Sécurité sociale

(1) Remboursement de médicaments considérés comme tels, ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché et vendus en officine

(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(4) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(5) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(6) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure 8.00 dioptries.

(7) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par l'organisme assureur.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, l'organisme assureur ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de l'organisme assureur :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de l'organisme assureur

Article 6

Maintien de garanties issu de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale et de l'article 4 de la loi Evin. – Cas de suspension du contrat de travail

6.1. Maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 et dont le contrat de travail cesse, bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture prévue par les contrats, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- 1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- 2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- 3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur gestionnaire, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

6.2. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant qu'actifs, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise, à conditions d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts dans le cadre du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise, à condition d'avoir été affiliés aux contrats en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 5.1 ;
- les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter

du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès du salarié.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi Evin et, le cas échéant, aux personnes garanties du chef du salarié décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les 2 mois suivant le décès du salarié (à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur en temps utile).

L'organisme assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail par l'employeur, dans les meilleurs délais.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Sous réserve du respect des délais de formulation des demandes de maintien exposées ci-avant, les garanties prennent effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail ou du décès du participant.

La cotisation sera, au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin, intégralement à la charge de l'ancien salarié ou de l'ayant droit du salarié décédé.

Les tarifs des maintiens au titre de l'article 4 de la Loi Evin proposés en année 1 sont les suivants :

1. Régime de base

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Général	Base conventionnelle
Conjoint de salarié décédé	1,39%
Chômeur	1,39%
Invalide	1,39%
Pré-retraité	1,39%
Retraité	1,39%
Conjoint	2,08%
Enfant facultatif (Gratuité à partir du 3ème enfant)	0,76%

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Local (Alsace-moselle)	Base conventionnelle
Conjoint de salarié décédé	0,97%
Chômeur	0,97%
Invalide	0,97%
Pré-retraité	0,97%

Retraité	0,97%
Conjoint	1,45%
Enfant facultatif (Gratuité à partir du 3ème enfant)	0,53%

2. Régime de base + option

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Général	Base + option
Conjoint de salarié décédé	1,75%
Chômeur	1,75%
Invalide	1,75%
Pré-retraité	1,75%
Retraité	1,75%
Conjoint	2,62%
Enfant facultatif (Gratuité à partir du 3ème enfant)	1,02%

(En pourcentage du PMSS.)

Régime Local (Alsace-moselle)	Base + option
Conjoint de salarié décédé	1,33%
Chômeur	1,33%
Invalide	1,33%
Pré-retraité	1,33%
Retraité	1,33%
Conjoint	1,99%
Enfant facultatif (Gratuité à partir du 3ème enfant)	0,79%

6.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

6.3.1. Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés et, le cas échéant, des ayants droit en cas de suspension de leur contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou à indemnisation complémentaire (indemnités journalières) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés actifs. L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette contribution suivra les mêmes évolutions que celle des actifs, le cas échéant.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de la cotisation, l'employeur opérant le précompte de cette part de cotisation à la charge du salarié sur la rémunération maintenue.

6.3.2. Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail du salarié ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du salarié et de ses éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire ou facultatif sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
- congé de soutien familial,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que la mutuelle gestionnaire en soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le salarié et ses éventuels ayants droit, sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent accord.

Les salariés pourront toutefois demander le maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs, Elle suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

Article 7

Prestations à caractère non directement contributif. – Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé dans les conditions visées au protocole technique et financier annexé au contrat de garanties collectives, sur la base d'une quote-part de 2 % HT de la cotisation versée au titre du présent régime.

La fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif sera affectée à un fonds dédié à cet effet.

Dans tous les cas, l'utilisation de cette contribution sera conforme aux dispositions de l'accord collectif et contrôlée par la commission paritaire nationale.

Les fonds collectés devront être utilisés pour mettre en œuvre des actions de prévention ainsi qu'une action sociale, tant collectives qu'individuelles.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission paritaire nationale et dans le règlement du fonds de solidarité.

Article 8

Conditions d'assurance. – Comptes de résultats mutualisés

8.1. Conditions d'assurance et évolutions ultérieures

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisation ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de la signature du présent accord. L'engagement des organismes assureurs est acquis pour autant que ce cadre perdure.

L'organisme assureur s'engage à maintenir les taux de cotisation visés à l'article 3.1 pour les exercices d'assurance 2021 à 2022 (du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022), sauf en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire et sous réserve des dispositions des articles 8.1 et 8.2 du contrat de garanties collectives.

A l'issue de cette période, le montant sera réexaminé en concertation avec les partenaires sociaux sur la base notamment des éléments et analyses des organismes assureurs et des experts mandatés par les partenaires sociaux.

Les modifications apportées prenant effet après accord des parties matérialisé par un avenant de révision à l'accord collectif et au contrat-cadre.

Modification de l'environnement législatif et/ou réglementaire :

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions de prise en charge par le régime de base de la sécurité sociale, les changements, apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance objet du présent accord, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur qui est, en pareil cas, fondé à apporter à l'expression des garanties les aménagements nécessaires.

L'impact des mesures appliquées fait l'objet d'une étude générale et personnalisée afin de mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives (sur les cotisations et/ou sur les prestations) permettant de maintenir l'équilibre du régime. Cette étude sera présentée et discutée avec les partenaires sociaux de la commission paritaire nationale.

Autres évolutions des cotisations et/ou prestations :

L'évolution des conditions d'assurance est le résultat d'une concertation avec les partenaires sociaux sur la base, notamment, des éléments et analyses des organismes assureurs et des experts mandatés par les partenaires sociaux.

Les évolutions se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte de l'évolution démographique des populations garanties.

Toute modification du taux de cotisation ou du niveau de garanties proposée par l'organisme assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision de l'accord collectif conclu au sein de la branche, ainsi que du contrat de garanties collectives.

Les modifications apportées prenant effet après accord exprès des parties matérialisé par un avenant de révision à l'accord collectif et au contrat de garanties collectives.

8.2. Comptes de résultats mutualisés

L'ensemble des contrats d'assurance ainsi souscrits dans le cadre du contrat de garanties collectives constituent un périmètre de mutualisation des résultats, présenté dans le protocole technique et financier.

Article 9

Date d'effet et durée du contrat

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1er janvier 2021, dans le respect de l'article L912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier avant cette date au régime conventionnel de frais de santé auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

L'accord pourra être modifié dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

Article 10

Egalité professionnelle entre les femmes et les hommes

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, les organisations soussignées rappellent par ailleurs qu'elles ont notamment pris en compte l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, en particulier dans le cadre du dispositif visé par le présent accord.

Article 11

Entreprises de moins de 50 salariés

Dans la mesure où le présent accord a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du Code du travail.

Article 12

Dépôt et demande d'extension

Le présent accord sera déposé dans les conditions prévues par le Code du travail.

Le présent accord sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Les signataires de l'accord demandent son extension auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la Sécurité sociale.