

Brochure n° 3218 | Convention collective nationale

IDCC : 1261 | **ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL**
(Centres sociaux et socioculturels, associations d'accueil de jeunes enfants, associations de développement social local)

Avenant n° 06-20 du 8 octobre 2020
relatif au régime de complémentaire santé collective et obligatoire

NOR : ASET2050915M

IDCC : 1261

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

ELISFA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT ;

CFTC santé sociaux,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le cadre de la révision quinquennale du régime de complémentaire santé, les partenaires sociaux se sont accordés pour renégocier les dispositifs conventionnels de ce régime. Ainsi, le présent avenant a pour objet de réviser le chapitre XIV de la convention collective relatif au régime de complémentaire santé obligatoire pour les salariés de la branche des acteurs du lien social et familial.

Le nouvel avenant s'applique aux entreprises relevant de la branche des acteurs du lien social et familial comme un socle minimum de garanties.

Article 1^{er} | Cadre juridique

Le présent avenant a pour objet d'annuler et de remplacer le chapitre XIV intitulé « complémentaire santé » de la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial.

Deux annexes complètent cet avenant, dénommées :

- annexe 1 : « Tableau des garanties » ;
- annexe 2 : « Définition des ayants droit » ;

Article 2 | Champ d'application de l'avenant

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises de la branche quel que soit leur effectif.

En effet, les garanties initialement prévues dans le cadre de cet avenant s'appliquent aux entreprises indépendamment du nombre de salariés équivalent temps plein. Il n'y a donc pas lieu de prévoir des dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés dans le cadre d'accord type compte tenu du fait que le thème de négociation du présent avenant, à savoir la prévoyance complémentaire, ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Article 3 | *Objet de l'avenant*

Le chapitre XIV intitulé « complémentaire santé » sera composé de 12 articles rédigés comme suit :

« Preamble »

La complémentaire santé obligatoire permet, notamment, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation en complément du régime de base de la sécurité sociale.

Afin d'assurer une meilleure mutualisation des risques, les partenaires sociaux décident de recommander cinq organismes. Ces organismes ont été choisis à la suite d'une procédure de mise en concurrence transparente.

Le présent chapitre prévoit un régime de base qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables.

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire ;
- l'accès aux garanties collectives, pour tous les salariés de la branche, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé ;
- l'organisation d'un niveau de couverture complémentaire santé obligatoire conforme aux besoins de la branche ;
- la prévision du mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi ;
- l'affectation d'une partie du budget du régime à une politique d'action sociale et de prévention adaptée aux métiers de la branche, et menée en collaboration avec tous les autres dispositifs d'action sociale mis en œuvre par les organismes spécifiquement dédiés à la branche.

L'ensemble des organismes assureurs recommandés propose des garanties définies paritairement. Ces contrats de garanties collectives sont identiques auprès des cinq organismes recommandés.

Ce présent chapitre est complété par le protocole technique et financier, et par le protocole de gestion administrative. Ces protocoles sont communs aux organismes assureurs et conclus dans les mêmes conditions.

Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective conclu avec chacun des organismes recommandés.

Article 1^{er} | *Adhésion du salarié*

1.1. Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires de cette couverture complémentaire santé collective sont les salariés relevant de la convention collective des acteurs du lien social et familial à titre obli-

gatoire et le conjoint ou l'enfant à titre facultatif. L'accès au régime complémentaire se fait sans condition d'ancienneté au sein de l'entreprise.

1.2. Dispenses d'affiliation

a) Définition des cas de dispense

Conformément aux différents cas de dispense prévus par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale du régime de complémentaire santé obligatoire, il sera possible pour le salarié relevant de l'un des cas suivants, de demander à être dispensé de la couverture complémentaire santé obligatoire.

Ces cas de dispenses sont ouverts pour :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de couverture de frais de santé ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire. Dans ce cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou de cette aide. Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute annuelle ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut être valable que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, à condition de le justifier chaque année, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

Il est précisé qu'un salarié ayant droit au titre de la couverture complémentaire santé dont bénéficie son conjoint, salarié dans une autre entreprise, ne pourra demander à être dispensé d'adhérer à la couverture complémentaire santé obligatoire de son employeur que si le régime de complémentaire santé de son conjoint prévoit une couverture obligatoire du conjoint.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurances souscrits auprès des assureurs recommandés devront prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

La cotisation des apprentis et des salariés bénéficiant d'un parcours emploi compétences est totalement prise en charge par le fonds d'action sociale conformément à l'article 8.4 du présent avenant, sous réserve des fonds disponibles.

b) Procédure pour bénéficier d'un cas de dispense

Le salarié souhaitant être dispensé de la complémentaire santé doit en faire la demande par écrit, auprès de l'employeur, qui la conservera. Cette demande doit indiquer leur refus d'affiliation et le motif exact parmi les cas listés au a et être accompagnée des justificatifs nécessaires. Conformément aux obligations légales, l'employeur devra informer le salarié des conséquences de sa demande de dispense.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande de dispense doit être formulée dans :

- les 30 jours suivants la mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire pour les salariés présents au moment de cette mise en place ou en cas de changement de situation personnelle du salarié ;
- les 15 jours suivants l'embauche du salarié ou avant l'échéance du contrat si le contrat est inférieur à 15 jours.

L'absence de délivrance du justificatif dans les délais impartis entraîne l'affiliation automatique.

À défaut de demande de dispense, les salariés sont affiliés au 1^{er} jour du mois de l'embauche.

À défaut, le salarié est tenu de cotiser et de s'affilier à la complémentaire santé obligatoire mis en place dans leur entreprise lorsqu'il cesse de justifier de sa situation d'exclusion.

Ces salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision d'être dispensés de la complémentaire santé obligatoire et d'en solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur affiliation.

c) Versement santé

Le versement santé pourra être versé au salarié qui justifie d'une couverture complémentaire santé individuelle et responsable et qui demande une dispense d'affiliation conformément aux dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2 | *Caractère responsable du contrat*

Le contrat d'assurance collective de complémentaire santé obligatoire respecte les dispositions des articles L. 871-1 et D. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale relatives au contrat d'assurance maladie complémentaire dit "responsables".

Article 3 | *Garanties*

Les garanties sont établies sous réserve des évolutions légales et réglementaires.

Le niveau des garanties ainsi que le taux de cotisation pourront être modifiés par accord entre la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation et les assureurs recommandés sur proposition de la commission paritaire santé et prévoyance.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties.

Le tableau des garanties mises en place au titre de la couverture complémentaire santé obligatoire est annexé au présent chapitre de la convention collective (annexe 1 "Tableau des garanties").

Article 4 | *Financement du contrat frais de santé*

4.1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la part salariale de la cotisation "salarié isolé" servant au financement des garanties définies au présent chapitre, sous réserve des dispenses valablement accordées au titre de l'article 1.2 du présent chapitre.

Parallèlement à leur couverture obligatoire "salarié isolé", les salariés peuvent couvrir leurs ayants droit de façon facultative. Les cotisations afférentes à cette extension de

garantie sont entièrement à la charge du salarié, sous réserve des dispositions particulières de l'article 4.3 ci-après.

Les cotisations, les conditions et les modalités de mise en œuvre de cette couverture sont déterminées dans le contrat d'assurance sous le contrôle de la commission paritaire santé et prévoyance.

La définition des ayants droit est inscrite à l'annexe 2 du présent chapitre de la convention collective.

Toutes options facultatives, à la demande du salarié, venant compléter le régime obligatoire applicable seront à sa charge exclusive.

Si un régime obligatoire plus favorable est mis en place dans l'entreprise, la répartition des cotisations est soumise aux dispositions prévues au paragraphe 4.3 ci-après.

4.2. Assiette de cotisation : montant ou taux

Les cotisations servant au financement de la couverture complémentaire santé obligatoire sont établies en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce plafond de la sécurité sociale évolue chaque année ce qui, de fait, impacte le montant de la cotisation.

Les cotisations ci-dessous définies sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés.

4.2.1. Régime général de sécurité sociale

	Régime complémentaire minimal obligatoire	Option 1	Option 2
	(alternative 1)	différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 2)	différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 3)
Salarié isolé obligatoire	1,57 %	0,34 %	0,74 %
Conjoint facultatif	1,57 %	0,34 %	0,74 %
Enfant facultatif	0,79 %	0,18 %	0,36 %

4.2.2. Régime local : Alsace Moselle.

	Régime complémentaire minimal obligatoire	Option 1	Option 2
	(alternative 1)	différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 2)	différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 3)
Salarié isolé obligatoire	1,06 %	0,34 %	0,74 %
Conjoint facultatif	1,06 %	0,34 %	0,74 %
Enfant facultatif	0,53 %	0,18 %	0,36 %

Conformément aux dispositions du décret du 8 septembre 2014 (n° 2014-1025), les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire. Les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

4.3. Répartition des cotisations

La cotisation "salarié isolé" est prise en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- part patronale : 60 % ;
- part salariale : 40 %.

La cotisation du 1^{er} et du 2^e "enfant facultatif" est prise en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- part patronale : 10 % ;
- part salariale : 90 %.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance auprès des assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 60 % de la cotisation "salarié isolé" correspondant à la couverture complémentaire santé obligatoire mise en place dans leur entreprise, ainsi qu'une prise en charge à hauteur de 10 % de la cotisation "enfant facultatif" du 1^{er} et du 2^e enfant.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance auprès des assureurs recommandés pourront négocier ou décider librement du taux et d'une prise en charge supérieure dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, sans que cela ne puisse en aucun cas aboutir à ce que le taux de cotisation de l'employeur, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit inférieur au taux de cotisation d'un employeur ayant adhéré à titre obligatoire au régime complémentaire minimal auprès des assureurs recommandés.

Article 5 | *Maintien de la complémentaire santé et suspension du contrat de travail*

a) La complémentaire santé et les cotisations salariale et patronale seront maintenues pour le salarié dans les cas suivants :

- congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ;
- arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles ;
- accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle ;
- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- activité partielle.

En tout état de cause les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

L'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisation. Dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

b) En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (notamment en cas de congé sabbatique, congés sans solde, congé parental d'éducation), la couverture complémentaire santé obligatoire pourra être maintenue à la demande du salarié dès la suspension du contrat de travail, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Dans une telle hypothèse, le salarié doit faire la demande de ce maintien de la couverture complémentaire santé à l'organisme assureur.

c) Dans les cas décrits au b, dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

Ces salariés pourraient bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle de la cotisation globale dans le cadre des mesures d'action sociale mise en place par l'article 8 du présent chapitre.

Article 6 | Portabilité de la complémentaire santé cessation des garanties. Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé

6.1. Maintien des garanties au titre de la portabilité

Le salarié qui remplit les conditions définies à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale pourra bénéficier de la portabilité de la couverture complémentaire santé obligatoire pendant la durée de sa période d'indemnisation du chômage, sans pouvoir dépasser la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont successifs chez le même employeur, dans la limite de 12 mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés actifs, pendant la période de portabilité, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

Le financement de cette portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue à l'article 4.2 de la couverture complémentaire santé obligatoire.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

6.2. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ("loi Évin")

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée au dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou à l'expiration du dispositif de portabilité défini à l'article 6.1.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite "loi Évin"), une garantie frais de santé est proposée sans condition de durée, de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

Les intéressés doivent en faire la demande soit dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient (art. 6.1 du présent chapitre) ;

- les personnes garanties du chef d'un salarié décédé pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivants le décès.

Les tarifs applicables aux personnes visées par cet article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

La commission paritaire santé et prévoyance assurera le suivi du régime de portabilité (art. 6.1 du présent chapitre) et du régime du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (art. 6.2 du présent chapitre) en lien avec les organismes assureurs recommandés. Les modalités de suivi seront établies dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 7 | *Cas des multi-employeurs*

Conformément à l'article R. 242-1-5 du code de la sécurité sociale un salarié travaillant chez plusieurs employeurs, a l'obligation d'en informer chacun de ses employeurs. Cette information est nécessaire afin que chaque employeur puisse se conformer aux obligations légales ou conventionnelles.

Article 8 | *Création du fonds d'action sociale*

8.1. Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale est mis en place pour l'ensemble des entreprises dans la branche professionnelle, destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité.

Le financement s'effectue à hauteur de 2 % du montant de la cotisation.

8.2. Gestion du fonds d'action sociale

Le fonds d'action sociale est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation et après validation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

8.3. Prestation du fonds d'action sociale

Les partenaires sociaux décideront des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du fonds d'action sociale, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui seront identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées à ce fonds dédié au vu des cotisations versées. Ces actions peuvent prendre la forme suivante :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale), bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- le financement d'actions collectives ;
- la prise en charge de prestations d'actions sociales au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. Les partenaires sociaux décident alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montant et périodes), des orientations des actions collectives, des règles de fonctionnement et modalités en matière d'action sociale.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. À cette fin, les organismes recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

8.4. Prise en charge des cotisations au régime de complémentaire santé pour certains salariés

En application des dispositions des articles R. 912-1 et 2 du code de la sécurité sociale, il est décidé la prise en charge totale de la cotisation au régime de complémentaire santé des :

- apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6 ;

- apprentis dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts, lorsque ceux-ci adhèrent au régime collectif obligatoire en vigueur dans l'entreprise.
- salarié en contrat à durée déterminée bénéficiaire d'un parcours emploi compétences conformément aux dispositions des articles L. 5134-19-1 et suivants du code du travail.

Il est instauré un mécanisme de subrogation à la prise en charge des cotisations pour les salariés concernés par les dispositions du présent article.

Lorsque l'employeur a souscrit un contrat d'assurance chez l'un des organismes assureurs recommandés par la branche, ceux-ci dispensent du paiement des cotisations les salariés concernés.

L'organisme assureur demande le remboursement de la prise en charge des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire du fonds d'action sociale conformément au protocole technique.

Cette mesure est applicable dans la limite des fonds disponibles au fonds d'action sociale.

8.5. Désignation d'un gestionnaire unique

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation décide de désigner un gestionnaire unique pour le pilotage du fonds d'action sociale en conformité avec le règlement du fonds. Ce choix se fera à la suite d'une procédure dont les modalités seront décidées par les partenaires sociaux. La désignation sera effective au 1^{er} janvier 2022.

Le règlement du fonds est établi par la commission paritaire santé prévoyance, afin de déterminer les orientations des actions de prévention, ainsi que les règles de fonctionnement, les bénéficiaires des actions du fonds et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidés par les partenaires sociaux de la branche. Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment. À cette fin, l'organisme gestionnaire désigné communique les éléments statistiques requis pour ces évolutions.

8.6. Contrôle par la commission paritaire de branche

Conformément à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire santé prévoyance contrôlera la mise en œuvre des actions de prévention par les organismes chargés de leur réalisation et les aides versées dans les conditions prévues par le protocole technique.

Article 9 | *Suivi du régime de complémentaire santé*

9.1. Au niveau de la branche

Le régime de couverture complémentaire santé obligatoire est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

Les organismes recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses nécessaires aux travaux de suivi du régime de la commission paritaire santé et prévoyance, au plus tard au 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, les garan-

ties et/ou cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

9.2. Au niveau de l'entreprise

Dans le cadre d'une gestion paritaire du régime mutualisé de complémentaire santé, les entreprises n'ayant pas souscrit un contrat dans le cadre de la recommandation définie au présent accord doivent fournir les comptes de résultat annuels du régime en vigueur dans l'entreprise et les porter à la connaissance du comité social et économique pour information.

L'établissement de ces comptes de résultat relevant d'une obligation de l'organisme assureur au titre de l'article 15 de la loi du 31 décembre 1989 dont le contenu est précisé dans le décret n° 90-769 du 30 août 1990.

Article 10 | Révision des conditions de mutualisations et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime défini par le présent chapitre tous les 5 ans maximum à compter du 1^{er} janvier 2021. À cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 9 du présent chapitre.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) souscrit(s) avec les organismes recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve d'un préavis de 2 mois avant échéance.

Article 11 | Organismes recommandés

Les organismes d'assurance sont recommandés après une procédure de mise en concurrence préalable conforme aux articles L. 912-1, et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux recommandent aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent chapitre, pour assurer la couverture complémentaire santé obligatoire, le(s) organismes(s) suivant(s) :

- ADREA mutuelle, groupe AESIO, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 311 799 878, siège social : 25, Place de la Madeleine, 75008 Paris ;
- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale. SIREN : 321 862 500, siège social : 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire ;
- HARMONIE mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. SIREN : 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- Mutuelle OCIANE MATMUT, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. SIREN : 434 243 085, siège social : 35, rue Claude-Bonnier, 33054 Bordeaux Cedex ;
- SOLIMUT mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. SIREN : 383 143 617, siège social : 7, Quai de la Joliette-Castel-Office, 13002 Marseille.

Article 12 | Mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise

Dans les entreprises dotées d'institution représentative du personnel, les employeurs devront consulter ces instances représentatives du personnel sur la mise en place ou la modification de la complémentaire santé obligatoire. »

Article 4 | Révision

Les dispositions du présent avenant pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Article 5 | Entrée en vigueur, dépôt, extension

Le présent avenant est à durée indéterminée.

Il entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 sous réserve d'une application anticipée volontaire des entreprises.

Il fait l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministère chargé du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Dans les conditions fixées par les articles L. 2261-15, L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail, les signataires en demandent l'extension. L'accord s'appliquera à l'ensemble de la branche professionnelle au premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

Fait au Kremlin-Bicêtre, le 8 octobre 2020.

(Suivent les signatures.)

GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES		REMBOURSEMENT TOTAL DANS LA LIMITE DES FRAIS RÉCÉS INCLUS (sauf pour les forfaits)		BASE + Option 1		BASE + Option 2	
FRAIS DIVERSIFICATION : limite annuelle de 25% du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionné (hors Ticket Modérateur)		Base		250% BR		300% BR	
Frais de séjour		220% BR		220% BR		220% BR	
Honoraires (Généralistes OPTAM/OPTAM CO (1))							
Actes de chirurgie (ADC)		220% BR		220% BR		220% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)							
Actes d'obstétrique (ACO)							
Actes techniques médicaux (ATM)		200% BR		200% BR		200% BR	
Honoraires (Non signalataires OPTAM/OPTAM CO (1))							
Actes de chirurgie (ADC)		100% FR		100% FR		100% FR	
Actes d'anesthésie (ADA)		100% FR		100% FR		100% FR	
Actes d'obstétrique (ACO)							
Actes techniques médicaux (ATM)		100% FR		100% FR		100% FR	
Forfait Hospitalier		100% FR limité à 0,75% PM55 par jour		100% FR limité à 1,5% PM55 par jour		100% FR limité à 1,5% PM55 par jour	
Forfait actes lourds		100% FR limité à 1,5% PM55 par nuit		100% FR limité à 3% PM55 par nuit		100% FR limité à 3% PM55 par nuit	
Chambre particulière conventionnée de jour (y compris maternité)							
Chambre particulière conventionnée de nuit (y compris maternité)							
Chambre particulière par jour : Non conventionnée (y compris personnel accompagnants : Conventioonné)		100% FR		100% FR		100% FR limité à 3% PM55	
Personne accompagnante : Non conventionné						100% FR	
FRAIS MEDICAUX							
Consultation - visites : Généralistes signalataires de l'OPTAM (1)		120% BR		140% BR		220% BR	
Consultation - visites : Généralistes Non signalataires de l'OPTAM (1)		100% BR		120% BR		200% BR	
Consultation - visites : Spécialistes signalataires OPTAM/OPTAM CO (1)		220% BR		220% BR		220% BR	
Consultation - visites : Spécialistes Non signalataires OPTAM/OPTAM CO (1)		200% BR		200% BR		200% BR	
Médecins du ucs : acupuncteurs, ostéopates, psychologues (pratiticiens reconnus par les annuaires professionnels)		25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire		25€/séance dans la limite de 5 séances par an/bénéficiaire		50€/séance dans la limite de 5 séances par an/bénéficiaire	
Pharmacie		100% BR		100% BR		100% BR	
Vaccin non remboursé par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)		1,5% PM55		1,5% PM55		3% PM55	
Analyses et examens de biologie		100% BR		100% BR		175% BR	
Auxiliaires médicaux		100% BR		100% BR		175% BR	
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signalataires OPTAM/OPTAM CO (1)		145% BR		145% BR		220% BR	
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signalataires OPTAM/OPTAM CO (1)		125% BR		125% BR		200% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie		120% BR		120% BR		195% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signalataires OPTAM/OPTAM CO (1)		100% BR		100% BR		175% BR	
Orthopédie et autres prothèses		175% BR		175% BR		275% BR	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**		100% du PLV (2)		100% du PLV (2)		100% du PLV (2)	
Transport accepté par la SS		100% BR		100% BR		100% BR	
DENTAIRE							
Soins dentaires		100% BR		100% BR		100% BR	
Orthodontie**		170% BR		200% BR		250% BR	
Orthodontie :							
Acceptée par la SS		250% BR		250% BR		350% BR	
Refusée par la SS						250% BR	
Parodontologie						5% PM55	
Implantologie (par an et par bénéficiaire)						12% PM55	
Prothèses dentaires remboursées par la SS (1)** :							
Dents du sourire (Incisives, canines, prémolaires)		370% BR		470% BR		470% BR	
Dents du fond de bouche		270% BR		320% BR		370% BR	
Inlays-cône		170% BR		200% BR		250% BR	
OPTIQUE							
Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019							
Verres**							
Monture adulte**		Grille 1		Grille 2		Grille 3	
Monture enfant**							
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)		3% PM55		6% PM55		7% PM55	
Chirurgie réfractive (par oeil)		22% PM55		22% PM55		32% PM55	
ACTES DE PREVENTION							
ACTES DIVERS							
Cures thermales acceptées par la SS par an et par bénéficiaire (hors thalasso-érapie)		100% TM		100% TM		100% TM	
Ostéodensitométrie (par an et par bénéficiaire)						10% PM55	
Patchs anti-tabac (par an et par bénéficiaire)						100 €	
						4% PM55	

GRILLES OPTIQUE AU 1er janvier 2021

Montant Total de la Garantie Sécurité sociale incluse	GRILLE 1 : Base Conventiionnelle						GRILLE 2 : Option 1			GRILLE 3 : Option 2		
	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE B
UNIFOCAUX												
sphère de 0 à +2		75,00 €	55,00 €		90,00 €	60,00 €		125,00 €	85,00 €		125,00 €	85,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% PLV (2)	75,00 €	55,00 €	100% PLV (2)	90,00 €	60,00 €	100% PLV (2)	125,00 €	85,00 €	100% PLV (2)	125,00 €	85,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €	65,00 €		100,00 €	70,00 €		135,00 €	95,00 €		135,00 €	95,00 €
sphère < -8 ou > +8		125,00 €	95,00 €		130,00 €	100,00 €		165,00 €	125,00 €		165,00 €	125,00 €
cylindre s +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		85,00 €	65,00 €		100,00 €	70,00 €		135,00 €	95,00 €		135,00 €	95,00 €
cylindre s +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% PLV (2)	85,00 €	65,00 €	100% PLV (2)	100,00 €	70,00 €	100% PLV (2)	135,00 €	95,00 €	100% PLV (2)	135,00 €	95,00 €
cylindre s +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		95,00 €	75,00 €		110,00 €	80,00 €		145,00 €	105,00 €		145,00 €	105,00 €
cylindre s +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		110,00 €	85,00 €		120,00 €	90,00 €		155,00 €	115,00 €		155,00 €	115,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0		135,00 €	105,00 €		140,00 €	110,00 €		175,00 €	135,00 €		175,00 €	135,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% PLV (2)	135,00 €	105,00 €	100% PLV (2)	140,00 €	110,00 €	100% PLV (2)	175,00 €	135,00 €	100% PLV (2)	175,00 €	135,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		140,00 €	115,00 €		150,00 €	120,00 €		185,00 €	145,00 €		185,00 €	145,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		150,00 €	125,00 €		160,00 €	130,00 €		195,00 €	155,00 €		195,00 €	155,00 €
MULTIFOCAUX ET PROGRES SIFS												
sphère de 0 à +2		160,00 €	115,00 €		180,00 €	120,00 €		250,00 €	170,00 €		250,00 €	170,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% PLV (2)	160,00 €	115,00 €	100% PLV (2)	180,00 €	120,00 €	100% PLV (2)	250,00 €	170,00 €	100% PLV (2)	250,00 €	170,00 €
sphère de -4 à -12 ou de +4 à +12		175,00 €	135,00 €		200,00 €	140,00 €		270,00 €	190,00 €		270,00 €	190,00 €
sphère < -12 ou > +12		175,00 €	135,00 €		200,00 €	140,00 €		270,00 €	190,00 €		270,00 €	190,00 €
cylindre s +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2		180,00 €	145,00 €		210,00 €	150,00 €		280,00 €	200,00 €		280,00 €	200,00 €
cylindre s +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% PLV (2)	180,00 €	145,00 €	100% PLV (2)	210,00 €	150,00 €	100% PLV (2)	280,00 €	200,00 €	100% PLV (2)	280,00 €	200,00 €
cylindre s +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		190,00 €	155,00 €		220,00 €	160,00 €		290,00 €	210,00 €		290,00 €	210,00 €
cylindre s +4 sphère > -12 ; sphère > 0 et 12 < S		200,00 €	165,00 €		230,00 €	170,00 €		300,00 €	220,00 €		300,00 €	220,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0		180,00 €	145,00 €		210,00 €	150,00 €		280,00 €	200,00 €		280,00 €	200,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% PLV (2)	180,00 €	145,00 €	100% PLV (2)	210,00 €	150,00 €	100% PLV (2)	280,00 €	200,00 €	100% PLV (2)	280,00 €	200,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		190,00 €	155,00 €		220,00 €	160,00 €		290,00 €	210,00 €		290,00 €	210,00 €
cylindre > +4 sphère > -12		200,00 €	165,00 €		230,00 €	170,00 €		300,00 €	220,00 €		300,00 €	220,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP												
Verre neutre		75,00 €	55,00 €	100% PLV (2)	90,00 €	60,00 €	100% PLV (2)	125,00 €	85,00 €		125,00 €	85,00 €
Monture		100,00 €	90,00 €		100,00 €	100,00 €		100,00 €	100,00 €		100,00 €	100,00 €
SUPPLEMENTS												
Prisme incorporé adulte												
Prisme incorporé enfant												
Prisme souple enfant moins de 6 ans												
Antiptosis Adulte												
Antiptosis Enfant												
Iséiconiques Adulte												
Iséiconiques Enfant												
Filter teinté												
Filter ultraviolet moins de 18 ans												
Filter occlusion partielle moins de 6 ans												
Adaptation verres de classe A												
Adaptation verres de classe B												
Appairage niveau 1												
Appairage niveau 2												
Appairage niveau 3												

Annexe 2

Selon l'article 4.1 « structure de la cotisation », les ayants droit s'entendent comme :

- l'époux ou épouse de l'assuré, même séparé de corps, mais non divorcé, à condition de ne pas exercer d'activité ;
- la personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre ou pacte civil de solidarité [Pacs]) à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente (une seule personne peut être désignée ayant droit au titre de ces 2 premières définitions) ;
- les enfants fiscalement à charge du salarié sont rattachés à leurs parents assurés en qualité d'ayant droit sous certaines conditions :
 - un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des 2 peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des 2 (double rattachement) ;
 - un enfant de 16 à 20 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des 2 s'il remplit au moins une des conditions suivantes :
 - poursuivre des études ;
 - être en apprentissage ;
 - être dans l'incapacité permanente de travailler (infirmité ou maladie chronique) ;
 - vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge effective, totale et permanente ;
 - un enfant de 20 à 26 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des 2 s'il ne bénéficie pas à titre personnel d'un régime de protection sociale et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
 - être inscrit dans un établissement d'enseignement ;
 - recherche d'un 1^{er} emploi ou inscrit à Pôle emploi ;
 - avoir dû interrompre ses études primaires, secondaires ou technologiques pour cause de maladie.

Le rattachement aux parents est possible jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle le jeune a 26 ans.