

ACCORD DU 7 FÉVRIER 2022 RELATIF À LA GOUVERNANCE ET AUX GARANTIES CONTRIBUTIVES ET NON-CONTRIBUTIVES DU RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DE LA BRANCHE DE LA MÉTALLURGIE

Entre :

- l'Union des Industries et Métiers de la métallurgie (ci-après « UIMM »), d'une part,
- les Organisations syndicales représentatives soussignées, d'autre part,

PREAMBULE

L'UIMM et les Organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche de la métallurgie concluent le présent accord relatif à la gouvernance et aux garanties contributives et non-contributives du régime de protection sociale complémentaire de la branche de la métallurgie.

Les partenaires sociaux confirment leur attachement à un dialogue social régulier, constructif au regard des intérêts communs de leurs mandants, et fondé sur la confiance.

Ce dialogue social est organisé, dans le cadre de la gouvernance des deux régimes de protection sociale complémentaire, en articulant les compétences de la Commission paritaire de suivi (ci-après « CPS ») et de la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (ci-après « CPPNI »), cette dernière ayant vocation à interpréter les dispositions conventionnelles de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie du 7 février 2022, relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de soins de santé et en prévoyance de la branche de la métallurgie et à négocier les décisions ayant un effet structurel sur le régime. Ces décisions sont préparées dans le cadre des travaux conduits sous l'égide de la CPS.

La gestion des régimes implique en outre que l'UIMM et les Organisations Syndicales de salariés représentatives s'appuient sur les compétences d'une part du ou des organismes assureurs retenu(s) pour gérer opérationnellement les régimes et d'autre part sur celles d'un actuaire-conseil. Ces deux relations sont contractuelles. Elles doivent donner lieu à une remise en concurrence régulière et a minima tous les 5 ans. Le(s) distributeur(s) d'assurance retenu(s) et l'actuaire-conseil sont choisis d'un commun accord par l'UIMM et les Organisations Syndicales de salariés représentatives.

S'agissant du régime de garanties relatives aux frais de santé d'une part, du régime des garanties couvertes en prévoyance dite « lourde » d'autre part, le pilotage doit respecter le principe du pilotage à l'équilibre. Ceci oblige l'UIMM et les Organisations Syndicales représentatives à prendre toute décision nécessaire au retour à l'équilibre et de prendre chacun leur responsabilité quant à la pérennité du régime, en cas de déséquilibres budgétaire et prudentiel structurels. Dans ce cadre, ils veillent à tendre vers un équilibre du financement, à parts égales, entre les employeurs et les salariés.

Le présent accord vise à déterminer les missions dévolues à la CPS, sa composition, son fonctionnement ainsi que les moyens nécessaires.

Par ailleurs concernant les garanties contributives et non-contributives, le régime de branche institué par le présent accord à vocation à :

- permettre à toutes les entreprises relevant de la branche de la métallurgie visé à l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie de souscrire un contrat d'assurance auprès de l'un des organismes assureurs retenus par les partenaires sociaux de la branche afin de respecter les minimas de branche définis dans l'annexe précitée ;
- favoriser la mutualisation des risques, au niveau de la branche, par l'instauration d'un régime de branche, pour les garanties de remboursement de frais de soins de santé, définies au chapitre II, et pour les garanties de prévoyance lourde, définies au chapitre III de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie. Les entreprises rejoignant le régime de branche se verront appliquer les cotisations définies au présent accord.

TITRE I. GOUVERNANCE PARITAIRE DU REGIME DE BRANCHE

Article 1. Champ d'application

Le champ d'application du présent accord est défini à l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 2. Missions de la Commission paritaire de suivi (CPS)

La CPS a pour missions :

1° de piloter paritairement lesdits régimes conventionnels en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte dans le temps des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation ;

A ce titre, elle est chargée :

- de suivre la mise en place et de contrôler l'application des régimes conventionnels en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation. A ce titre, la CPS est éclairée par les travaux menés dans le cadre de l'analyse de la sinistralité de chacun des risques couverts par le régime. Ces travaux sont réalisés dans le cadre d'un observatoire des sinistralités assurant notamment la gestion de bases qui colligent les données relatives à la sinistralité, auprès de chacun des organismes d'assurance gestionnaire du régime, les agrège et en assure l'exploitation statistique conformément aux demandes de la CPS et dans le respect des règles de confidentialité, en particulier celles du règlement général sur la protection des données (RGPD) ;
- de contrôler les opérations administratives, financières et techniques des régimes conventionnels ;
- d'étudier le compte de résultats et le bilan comptable consolidé, de chacun des régimes, produits par le(s) organisme(s) assureur(s) apériteurs et de les approuver. Cette mission s'effectue dans le cadre du principe de pilotage à l'équilibre mentionné en préambule. Les conditions de suivi technique des régimes sont précisées par voie de protocole ;
- de prendre des décisions d'affectation pour améliorer les résultats financiers des régimes conventionnels après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles ;
- d'émettre toutes propositions d'ajustement nécessaires à la pérennité des régimes conventionnels et d'organiser leurs évolutions ;
- de rendre un avis préalable sur toute proposition de modification desdits régimes conventionnels dont la CPPNI ne serait pas à l'initiative ;
- de formuler des propositions d'évolution à la hausse ou à la baisse des garanties et/ou des tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou

de déficits ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment. Ces propositions doivent respecter le principe du pilotage à l'équilibre mentionné en préambule ;

- au-delà d'un délai de 2 ans après l'ouverture des régimes, d'accepter ou de refuser l'adhésion (décision motivée) des entreprises dont les effectifs assurables sont supérieurs à 500 personnes ;
- de préparer des propositions de décisions à soumettre à la CPPNI dans le cadre du choix des organismes assureurs, lors des renouvellements, ainsi que des décisions à prendre vis-à-vis de ceux-ci en cas de défaillance dans la gestion du régime.

Au regard des propositions émises par la CPS, la CPPNI peut engager une négociation notamment sur l'évolution des prestations, des taux de cotisations.

2° de définir et gérer la mise en œuvre du degré élevé de solidarité, conformément au cadre fixé par l'article 22 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie et dans le cadre des deux Fonds de solidarité conformément aux dispositions des articles 14 et suivants du présent accord.

Le Fonds de solidarité santé est abondé par les prélèvements opérés sur les primes de la garantie frais de santé, et le Fonds de solidarité prévoyance, par ceux opérés sur les primes des garanties de prévoyance dite « lourde ». Par principe, ces deux Fonds sont pilotés budgétairement à l'équilibre et doivent en permanence être solvables.

Ces deux Fonds sont abondés par les cotisations des entreprises ayant adhéré à l'offre labellisée santé et / ou prévoyance.

Dans ce cadre, la CPS est chargée :

- de contrôler les opérations administratives, financières et techniques conduites par le(s) gestionnaire(s) du Fonds de solidarité ;
- d'étudier le compte de résultats et le bilan comptable, produits par le(s) organisme(s) gestionnaire(s) de chacune des sections du Fonds de solidarité ;
- d'émettre toutes propositions d'ajustement nécessaires au respect de l'équilibre budgétaire susmentionné ;
- de prendre des décisions d'affectation afin d'améliorer les résultats financiers du Fonds de solidarité ;
- de formuler des propositions d'actions qui pourraient être retenues pour être financées par le Fonds solidarité, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 16.2 du présent accord.

Au regard des propositions émises par la CPS, la CPPNI peut engager des négociations notamment sur les actions prises en charge par le Fonds de solidarité.

Article 3. Composition de la Commission paritaire de suivi

La CPS comprend deux collèges répartis de la manière suivante :

- un **Collège salarié** : composé de deux représentants pour chacune des organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche ;
- un **Collège employeur** : composé d'un nombre de représentants de l'UIMM égal au nombre total des membres des organisations syndicales représentatives de salariés.

Tout membre de la CPS doit remplir une déclaration d'intérêt mentionnant les fonctions exercées de salarié, d'administrateur ou de dirigeant au sein d'un organisme complémentaire (institution de prévoyance, mutuelle et société d'assurance), ou au sein d'un groupe au sens du 5° de l'article L 356-1 du code des assurances, quel qu'il soit.

L'actuaire-conseil est désigné par la CPPNI pour une durée maximale de 5 ans. Durant cette période, il est reconduit chaque année par tacite reconduction sauf avis contraire de la CPS.

La CPS peut faire appel, si nécessaire, à des experts extérieurs pour orienter et enrichir ses travaux. La demande en est faite à la majorité simple des membres. Le choix et le changement d'experts sont également décidés à la majorité simple des membres de la CPS.

Article 4. Fonctionnement de la Commission paritaire de suivi

Article 4.1. Présidence paritaire et Secrétariat de la CPS

Article 4.1.1. Présidence paritaire

La Présidence de la CPS est assurée alternativement tous les 2 ans par un représentant employeur ou un représentant des organisations syndicales représentatives de salariés signataires du présent accord. En vue de satisfaire à une représentation équilibrée de l'instance, il est précisé qu'un représentant d'une organisation syndicale représentatives signataires ne pourra exercer à nouveau la Présidence sans qu'un représentant des autres organisations syndicales représentatives signataires n'ait occupé la fonction.

Le candidat est désigné à la majorité simple des membres du collège auquel il appartient. En cas de partage des voix, le candidat le plus âgé est élu.

La Vice-Présidence est assurée et désignée selon les mêmes conditions que la Présidence, au sein de l'autre collège que celui du Président.

La Présidence paritaire est composée du Président et du Vice-Président.

En cas d'absence du Président, son Vice-Président assure la Présidence. En cas d'absence du Vice-Président, la Présidence est assurée par le membre présent le plus âgé des organisations signataires.

Article 4.1.2. Secrétariat

L'UIMM assume la tâche matérielle du Secrétariat de la CPS. A ce titre, elle est chargée, notamment, de la diffusion des convocations ; de l'établissement et de l'envoi de l'ordre du jour après accord de la Présidence paritaire ; de la rédaction du projet de relevé de décisions, puis du relevé de décisions final après validation par la Présidence paritaire ; ainsi que de l'organisation matérielle des réunions.

A la demande du Secrétariat, l'actuaire-conseil pourra intervenir pour l'assister dans ses missions.

Article 4.2. Réunions de la CPS

Article 4.2.1. Fréquence des réunions

A l'initiative de son Président et de son Vice-Président, la CPS tient au moins trois réunions ordinaires par an dont l'une est destinée à examiner et approuver les comptes (comptes de résultats et bilans) présentés dans le rapport annuel relatif à la situation des régimes conventionnels. Cette réunion a obligatoirement lieu au cours du quadrimestre qui suit la date de clôture des comptes annuels et au plus tard le 30 juin.

Lors de la dernière réunion de l'année, la CPS adopte à la majorité simple des membres un calendrier prévisionnel des réunions ordinaires pour l'année à venir. Ce calendrier prévisionnel pourra, le cas échéant, être modifié à la majorité simple, dans l'hypothèse où une réunion ne pourrait se tenir. Cette réunion sera reportée dans les meilleurs délais.

La CPS peut, à titre exceptionnel, tenir des réunions extraordinaires. La demande en est faite à la majorité simple des membres d'un collège. La demande doit indiquer le(s) point(s) qu'ils souhaitent porter à l'ordre du jour.

La CPS peut tenir une réunion extraordinaire relative aux admissions probatoires, dès qu'une entreprise, dont les effectifs assurables sont supérieurs à 500 personnes, se portera candidate à l'entrée dans le régime, conformément au cas prévu au 10ème alinéa du 1 de l'article 2.

Article 4.2.2. Convocation aux réunions

Les membres de la CPS participent aux réunions sur convocation du Secrétariat par courrier électronique ou, à défaut par tout moyen.

La convocation aux réunions est accompagnée de l'ordre du jour définitif.

Elle est adressée à chacun des membres et invités de la CPS dans un délai d'au moins quinze jours avant la réunion ordinaire et d'au moins cinq jours avant la réunion extraordinaire.

Une convocation spécifique est adressée à l'ensemble des membres de la CPS dans le cadre d'une réunion d'admission probatoire, à laquelle est jointe la ou les candidatures à l'entrée dans le régime. Cette convocation est adressée maximum trois jours avant la réunion spécifique.

Article 4.2.3. Siège et tenue des réunions

Par principe, les réunions se tiennent au siège de la CPS, dans les locaux de l'UIMM.

Toutefois, sur demande de la majorité simple des membres de la CPS adressée au Secrétariat au moins sept jours avant la date de la réunion ordinaire et au moins trois jours avant la date de la réunion extraordinaire, celles-ci peuvent se tenir par visioconférence.

La première séance est présidée par le doyen en âge.

Le Président ouvre et lève la séance. Il met en délibération tous les points inscrits à l'ordre du jour et dirige les débats.

Participent aux réunions de la CPS, les membres ayant voix délibérative, le Secrétariat de la CPS et, en tant que de besoin :

- l'actuaire-conseil ;
- le(s) apériteur(s) retenu(s) dans le cadre de la procédure d'appel d'offre ;
- le(s) organisme(s) retenu(s) pour gérer l'observatoire des sinistralités ;
- le(s) autre(s) organisme(s) retenu(s) pour gérer le régime ;
- l'expert mentionné à l'article 3 du présent accord ;
- toute personne invitée après approbation de la majorité absolue des membres.

En cas d'empêchement de l'un des membres de la CPS, l'organisation qu'il représente peut mandater un autre membre présent de la CPS.

Toute désignation doit parvenir au Secrétariat de la CPS au plus tard la veille de la réunion pour laquelle le mandat est attribué, sous la forme d'un pouvoir signé par l'organisation qu'il représente.

Article 4.2.4. Ordre du jour et transmission des documents

Article 4.2.4.1. Modalité de fixation de l'ordre du jour

Dans le cadre d'une réunion ordinaire, l'ordre du jour est arrêté par la Présidence paritaire de la CPS et mis à disposition de ses membres, par le Secrétariat de la CPS, par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, un mois avant la tenue de la réunion.

L'ensemble des membres disposent d'un délai de sept jours à compter de sa réception pour apporter leurs observations, propositions de modifications ou d'ajouts. L'absence de réponse à l'issue de ce délai vaut approbation tacite.

En cas de désaccord, l'ordre du jour définitif est fixé par la Présidence paritaire.

L'ordre du jour définitif est adressé par le Secrétariat de la CPS à ses membres, au moins quinze jours avant la tenue de la réunion ordinaire, par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, en même temps que la convocation.

Dans le cadre d'une réunion extraordinaire, l'ordre du jour est proposé par les membres demandant la tenue de cette réunion et arrêté par la Présidence paritaire, et adressé, par le Secrétariat de la CPS, par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, à l'ensemble des membres.

Dans le cadre d'une réunion extraordinaire relative aux admissions probatoires, la demande d'adhésion tient lieu d'ordre du jour et est jointe à la convocation.

Article 4.2.4.2. Modalité de transmission des documents

Les documents relatifs à la tenue des réunions sont mis à disposition des membres de la CPS par le Secrétariat par courrier ou par le biais d'une plateforme numérique ou, à défaut par tout moyen.

Cette mise à disposition se fera au moins deux semaines avant la tenue des réunions ordinaires et au moins trois jours avant la tenue des réunions extraordinaires.

Dans le cadre d'une réunion extraordinaire relative aux admissions probatoires du 10ème alinéa du 1 de l'article 2, les documents relatifs aux candidatures seront transmis avec la convocation.

Tout dépôt sur la plateforme fera l'objet d'une notification aux membres de la CPS, ainsi qu'à une personne supplémentaire désignée par chacune des organisations syndicales représentatives.

Article 4.2.5. Relevé de décisions

Dans un délai de quinze jours à compter de la réunion ordinaire, un projet de relevé de décisions, rédigé par le Secrétariat, validé par la Présidence paritaire, est adressé par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, à l'ensemble des participants à la réunion.

Dans un délai de sept jours à compter de la réunion extraordinaire, un projet de relevé de décisions, rédigé par le Secrétariat, validé par la Présidence paritaire, est adressé par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, à l'ensemble des participants à la réunion.

Le relevé de décisions est soumis à l'approbation des membres de la CPS à l'occasion de la réunion ordinaire ou extraordinaire qui suit sa validation par la Présidence paritaire.

La version approuvée du relevé de décisions est adressée par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, aux membres de la CPS par le Secrétariat.

Dans un délai maximum de deux jours à compter de la réunion spécifique d'admission probatoire, un relevé de décisions, rédigé par le Secrétariat, validé par la Présidence paritaire, est adressé par courrier électronique, ou à défaut par tout moyen, aux membres de la CPS.

Article 4.2.6. Mode de consultation et de prise de décisions

Lorsqu'un avis de la CPS est nécessaire, il est pris à la majorité simple des voix exprimées.

Chaque organisation syndicale représentative de salariés au niveau national dans la branche dispose d'une voix. L'UIMM dispose d'un nombre de voix égal au nombre de voix de l'ensemble des organisations syndicales représentatives de salariés au niveau national dans la branche.

Lorsqu'un avis de la CPS est sollicité dans un délai restreint, c'est-à-dire inférieur à trois jours, il peut faire l'objet, si nécessaire, d'une consultation par voie dématérialisée, lorsque l'urgence le nécessite sur décision de la Présidence paritaire. L'urgence pourra notamment être caractérisée par toute situation de nature à déséquilibrer ou mettre en difficulté le régime.

Dans ce cas, le Secrétariat de la CPS, après avis de la Présidence paritaire, adresse aux membres un courrier électronique comportant le point soumis au vote, ainsi que les documents éventuellement afférents à ce point.

Les membres de la CPS disposent d'un délai de deux jours ouvrables afin de transmettre leur réponse par courrier électronique. L'absence de réponse à l'issue de ce délai vaut approbation tacite. A l'issue de la consultation, le Secrétariat adresse aux membres la décision issue du vote, ainsi que le détail de l'état des votes par organisation (accord, abstention ou refus).

En cas de partage des voix empêchant la CPS de rendre un avis sur quelque sujet que ce soit, le point de l'ordre du jour discuté est transmis à la CPPNI. La CPPNI rend alors un avis définitif, qui s'impose à la CPS, conformément à ses règles de fonctionnement. L'avis de la CPPNI est inscrit au relevé de décisions mentionné au 4.2.5 du présent accord.

Article 5. Moyens accordés aux membres de la CPS

Article 5.1. Formation des membres de la CPS

Les membres de la CPS bénéficieront d'une formation leur permettant d'appréhender ou d'approfondir l'environnement et les enjeux du domaine assurantiel et de la prévoyance afin d'assurer un pilotage efficient et éclairé du régime.

Les formations seront assurées par l'actuaire-conseil et les organismes assureurs **selon les modalités qui seront déterminées à l'issue de la consultation des organismes assureurs pour la constitution du régime**. Elles seront financées par le régime.

Article 5.2. Prise en charge de la rémunération et des frais des membres de la CPS

Article 5.2.1. Prise en charge de la rémunération des membres de la CPS

Les salariés, désignés pour siéger à la CPS, bénéficient d'une autorisation d'absence pour participer tant aux réunions mentionnées à l'article 4.2.1 qu'aux formations prévues à l'article 5.1. du présent accord sans diminution de leur rémunération. Ce coût pourra être pris en charge par le régime, sur justificatifs présentés par l'employeur. Cette autorisation d'absence est accordée par l'employeur sous réserve que le salarié présente la convocation à la réunion ou à la formation, accompagnée respectivement de l'ordre du jour ou de l'attestation d'inscription, et respecte un délai de prévenance qui ne peut être inférieur à 8 jours. En cas de réunion extraordinaire dûment justifiée, ce délai est réduit à 48 heures.

Les salariés siégeant à la CPS pourront également informer de manière anticipée leur employeur de la tenue de réunions, en leur communiquant le calendrier prévisionnel visé à l'article 4.1.1. du présent accord.

Article 5.2.2. Prise en charge des frais des membres de la CPS

Les salariés désignés pour siéger à la CPS bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de déplacement leur permettant de participer tant aux réunions mentionnées à l'article 4.2.1 qu'aux formations prévues à l'article 5.1. du présent accord conformément au barème applicable aux administrateurs du régime AGIRC-ARRCO institué par l'Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017.

Article 6. Date d'entrée en vigueur

Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2023.

Article 7. Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 8. Révision

Le présent accord peut être révisé à tout moment pendant sa période d'application, par accord collectif conclu sous la forme d'un avenant.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs habilitées à engager la procédure de révision sont déterminées conformément aux dispositions de l'article L. 2261-7 du Code du travail.

Les conditions de validité de l'avenant de révision obéissent aux conditions posées par l'article L. 2232-6 du Code du travail.

Article 9. Dénonciation

Sans préjudice du dernier alinéa de l'article L. 2261-10 du Code du travail, le présent accord peut être dénoncé, à tout moment, par les parties signataires en respectant le délai de préavis de trois mois visé à l'article L. 2261-9 du Code du travail. La dénonciation se fait dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires.

TITRE II. REGIME DE BRANCHE ET MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES CONTRIBUTIVES

Les dispositions du présent titre sont exclusivement applicables aux entreprises ayant rejoint le régime de frais de soins de santé et/ou de prévoyance de la branche de la métallurgie.

Chapitre I. Cotisations applicables et garanties additionnelles

Le régime met en œuvre pour toutes les entreprises de la branche qui l'ont rejoint la mutualisation des garanties définies comme socle minimal dans l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, afin de renforcer la couverture de leurs salariés.

S'agissant du régime de garanties relatives aux frais de santé d'une part, du régime des garanties couvertes en prévoyance dite « lourde » d'autre part, le pilotage doit avoir pour objet l'intérêt social des salariés de la branche, tout en respectant le principe du pilotage à l'équilibre. Cela oblige l'UIMM et les Organisations Syndicales représentatives à prendre toute décision nécessaire à la gestion budgétaire à l'équilibre du régime.

Les tarifs applicables au financement des dites garanties, de frais de santé et de prévoyance, instituées par l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie sont déclinés ci-après.

De même, les partenaires sociaux ont souhaité, en sus des garanties du régime de base proposer, au libre choix des entreprises de la branche, des garanties additionnelles obligatoires ou facultatives pour les salariés en application de l'article 10.2 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, afin de renforcer la couverture de leurs salariés.

Les cotisations et prestations sont gérées par un ou des organismes assureurs.

Le choix du ou des organismes assureurs en charge d'assurer les garanties prévues par le régime institué en application de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie sera réexaminé au maximum tous les cinq ans et fera l'objet d'une procédure de mise en concurrence dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats.

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent aux entreprises ayant rejoint le régime de protection sociale de la branche.

Article 10. Cotisations applicables au régime de branche frais de santé

Article 10.1. Montant des cotisations

Article 10.1. a) Modalités de fixation de la cotisation du régime frais de santé

Les cotisations du régime frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Ces cotisations sont prélevées sur le revenu d'activité ou de remplacement du salarié.

Conformément à l'article D. 911-1-1 du Code de la sécurité sociale, pour les salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié sont réduites dans une proportion représentative du différentiel de garanties définies à l'article 10 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.

Article 10.1. b) Paramètre d'établissement de la cotisation du régime frais de santé

Le tarif applicable dépend des paramètres suivants :

- La région tarifaire conformément à l'article 10.4 du présent accord
- Les garanties minimales conformément à l'article 10.1 et à l'Annexe n° 1 du présent accord relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.
- La composition du foyer familial du salarié conformément à l'article 10.3.a) du présent accord.
- Le caractère obligatoire ou facultatif des garanties additionnelles conformément aux articles 10.2 et 10.3 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.

Les tarifs applicables sont répertoriés à l'Annexe n°4 du présent accord.

Article 10.2. Répartition de la cotisation

Article 10.2. a) Garantie instituée à titre obligatoire

La cotisation servant au financement de la couverture collective, lorsqu'elle est instituée à titre obligatoire dans l'entreprise, est répartie comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur
- 50 % à la charge du salarié

S'agissant du financement de la couverture minimale conventionnelle pour les salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la répartition de la prise en charge entre l'employeur et le salarié est assurée dans les mêmes proportions que celles déclinées ci-avant soit :

- 50 % à la charge de l'employeur
- 50 % à la charge du salarié

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues dans le présent accord.

La part de la cotisation correspondant à la participation des salariés fait l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur leur salaire à laquelle les salariés ne peuvent s'opposer.

L'employeur est responsable de la retenue de la cotisation et de son versement à l'organisme assureur.

Article 10.2 b) Garanties additionnelles facultatives.

Lorsque les garanties additionnelles sont mises en place, à titre facultatif, au sein de l'entreprise, la cotisation afférente est intégralement à la charge des salariés ayant choisi d'opter pour ce niveau supérieur de garanties.

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement de ces garanties additionnelles facultatives.

Pour rappel, dès lors que la couverture est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations et contributions sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

Article 10.3. Extension optionnelle des garanties aux ayants droit des salariés

Les garanties relevant du socle minimal obligatoire, défini à l'article 10.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, ainsi que les garanties additionnelles relevant de l'article 10.2 de la même annexe, peuvent être étendues au bénéfice des ayants droit des salariés tels que définis ci-après à l'article 10.3 a). Lorsque cette extension est mise en place, à titre obligatoire, au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50% de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Article 10.3. a) Définition des ayants droit des salariés

Sont considérés comme étant les ayants droit des salariés les conjoints et enfants à charge de ces derniers selon les définitions arrêtées ci-après.

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié, marié et non séparé de corps judiciairement ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la date du décès ;
- Le partenaire du salarié lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- Le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union, sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins. Toutefois, la condition de durée d'un an est supprimée en cas de décès d'origine accidentelle du salarié.

Sont considérés comme enfants à charge les enfants du salarié et ceux de son conjoint, tel que définit précédemment, qu'ils soient reconnus, adoptés ou recueillis, dans la mesure où ils répondent, de façon cumulative, aux deux conditions suivantes :

- D'une part :
 - Ils sont âgés de moins de 18 ans ;
 - Ou sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 26 ans et remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Être sous contrat d'apprentissage ;
 - Suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
 - Être inscrit à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance, et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - Ou, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés
 - Les enfants qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du salarié, s'ils naissent vivants et viables ;
- D'autre part :
 - Ils vivent sous le même toit ;
 - Ou sont fiscalement à charge du salarié soit au niveau du quotient familial, soit par la perception d'une pension alimentaire versée par le salarié et déduite de ses revenus ;
 - Ou sont fiscalement à la charge du conjoint du salarié (tel que défini ci-avant) ;

Par ailleurs, sont également considérés comme enfants à charge :

- Les enfants recueillis, dont ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint (tel que défini ci-avant), du salarié décédé, sont ceux qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès du salarié et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Article 10.3. b) Modalités d'extension des garanties aux ayants droit des salariés

L'extension des garanties aux ayants droit des salariés peut être instituée, à titre obligatoire ou à titre facultatif, au sein de l'entreprise.

Les employeurs ayant choisi d'instituer, à titre obligatoire, la couverture des ayants droit, tels que définis à l'article 10.3 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, doivent formaliser ce choix par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale au niveau de leur entreprise.

- Extension des garanties aux ayants droit des salariés à titre obligatoire

Pour rappel, lorsque la couverture des ayants droit des salariés est instituée à titre obligatoire au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'engager au minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

Les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une répartition plus favorable aux salariés.

- Extension des garanties aux ayants droit des salariés à titre facultatif

Lorsque l'extension des garanties aux ayants droit des salariés est instituée à titre facultatif au sein de l'entreprise, la cotisation afférente est intégralement à la charge des salariés ayant choisi d'opter pour cette extension de garanties.

Toutefois, les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place, à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement de cette couverture facultative.

Pour rappel, dès lors que la couverture des ayants droit est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations et contributions sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

Article 10.3. c) Modalité de versement des cotisations pour les Garanties additionnelles instituées à titre facultatif

Lorsque la couverture collective est instituée à titre facultatif, conformément aux articles 10.2. b) et 10.3 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, la cotisation est à la charge exclusive du salarié ayant choisi d'y adhérer.

Article 10.3 d) Structure de cotisations obligatoires

Les options de structure de cotisations obligatoires, pouvant être choisies par l'employeur, dans le cadre du régime de branche, sont déclinées dans le tableau ci-dessous :

Cotisation Isolé/ (conjoint et / ou enfant facultatif dans ce cas la cotisation finançant cette/ces couverture(s) facultative(s) supplémentaire(s) est à la charge exclusive du salarié, sans contrepartie financière au-delà du deuxième enfant)
Cotisations Isolé/duo (salarié et un ayant-droit conjoint ou enfant) /famille (conjoint et/ou enfant(s) au moins deux ayants droit) (adhésion obligatoire en fonction de la composition de la famille)
Cotisation Isolé/famille (adhésion obligatoire en fonction de la composition de la famille)
Cotisation Tarif unique famille (TUF) (adhésion obligatoire des ayants droit)
Cotisation Salarié + enfant(s) / conjoint facultatif (faculté d'ajouter le conjoint à titre facultatif dans ce cas la cotisation finançant cette couverture facultative supplémentaire est à la charge exclusive du salarié)

Au-delà, de cette obligation, l'employeur peut participer au financement de la couverture facultative. Dans ce cas la contribution patronale n'est pas exonérée des cotisations et contributions sociales.

Article 10.4. Régionalisation tarifaire.

Le tarif du régime frais de santé est établi sur la base d'une régionalisation comportant trois (3) zones tarifaires distinctes, à l'exclusion des particularités induites pour le régime d'Alsace/Moselle. Le découpage tarifaire est repris à l'Annexe n°3 du présent accord.

La zone tarifaire applicable est déterminée en fonction du lieu d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'établissement.

- Pour les entreprises mono-établissement : la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction du lieu d'implantation géographique de l'entreprise.
- Pour les entreprises multi-établissements : la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction de celle applicable au siège social de l'entreprise.
- Pour les Groupes : la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction de celle applicable au siège social de la société-mère du Groupe.

A titre dérogatoire, pour les entreprises multi-établissements, à la demande de l'entreprise dont l'effectif est supérieur à un nombre de salariés défini dans le contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale de la métallurgie, et en accord avec son organisme assureur, la zone tarifaire applicable est déterminée en fonction de la zone qui détient, peu importe le nombre d'établissements dans la zone, le plus de salariés.

Article 10.5. Garanties additionnelles au régime frais de santé

En application des articles 10.2 a) et 10.2 b) de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, les entreprises visées à l'article 2 de la convention collective nationale, peuvent, afin de compléter le niveau de couverture de leurs salariés, instaurer en plus des garanties des bases, les garanties additionnelles déclinées au contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la métallurgie.

- Régime C
- Régime U2'

La grille de ces garanties additionnelles applicables dans le cadre du régime de branche est présentée en Annexe n°2 du présent accord.

Article 10.6. Taux de cotisation du régime frais de santé

Le taux qui s'applique à l'article 10.1 a) au titre du socle minimal de garanties obligatoires est de **1,28** % du PMSS. Le taux qui s'applique pour les salariés relevant du régime local d'Alsace Moselle est de **0,84** % du PMSS.

Si le contrat collectif ne couvre que les salariés, à l'exclusion de leurs ayants-droits (dans le cadre d'une cotisation salarié isolé), les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice du socle minimal de garanties obligatoires à leurs ayants-droits, conformément aux dispositions de l'article 10.3, du présent accord.

Cette extension se fait à titre facultatif, au choix du salarié selon les modalités prévues au contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la Convention collective nationale de la métallurgie. La cotisation supplémentaire finançant cette extension sera à la charge exclusive du salarié.

Article 10.7. Cotisations applicables aux garanties additionnelles

En complément des garanties minimales conventionnelles visées ci-avant, les partenaires sociaux ont choisi de souscrire des garanties additionnelles obligatoires ou facultatives en frais de santé. Les tarifs applicables à ces garanties additionnelles figurent dans le contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 10.8. Exclusions Santé

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire figurant sur le tableau des garanties et renvois associés, dans la limite des montants exprimés,
- Les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis au lexique,
- Les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis au Lexique,
- La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins, la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiquées par des spécialistes hors parcours de soins,

La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale, laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale.

Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

- Les dépassements d'honoraires, si ces derniers ne figurent pas sur les feuilles de soins et/ou les factures d'hospitalisation, déclarés à la sécurité sociale.
- Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR),
- Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas de prise en charge par la sécurité sociale,

- L'achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée).

Article 11. Reprise des encours et Revalorisations

Article 11.1. Modalité de financement de la reprise des encours.

La reprise des encours des entreprises ayant intégrées le régime de branche, est conditionnée au paiement d'une « prime unique » et d'une « cotisation additionnelle mutualisée ». Peuvent bénéficier de la reprise des encours au titre d'aggravations d'états pathologiques antérieurs, les entreprises ayant dans leurs effectifs, des salariés dont l'arrêt de travail (non assuré par un précédent organisme assureur ou assuré par un précédent organisme assureur à un niveau moindre et hors les revalorisations de rentes et les garanties décès mentionnées à l'article 11.2) est en cours à la date d'effet d'adhésion au régime de branche.

Pour chaque catégorie de bénéficiaires définie à l'article 15.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, est fixée un seuil d'effectif physique. Chaque salarié est décompté pour une unité, quel que soit son temps de travail, pour la détermination de l'effectif physique.

- Le seuil d'effectif pour les salariés cadres est de 20 salariés ;
- Le seuil d'effectif pour les salariés non-cadres est de 20 salariés.

Pour chaque catégorie de bénéficiaire, l'entreprise est qualifiée de « petite entreprise » si ses effectifs physiques sont inférieurs ou égaux aux seuils d'effectifs de cette catégorie et de « moyenne ou grande entreprise » s'ils sont strictement supérieurs.

Les petites entreprises sont exonérées de la « prime unique ». Une « cotisation additionnelle mutualisée » est définie par catégorie de bénéficiaires. Celle-ci est acquittée par l'ensemble des entreprises, pour une durée de cinq ans. Elle couvre le coût de la reprise des aggravations des états pathologiques antérieurs, des entreprises qualifiées de « petites entreprises », pour cette catégorie de bénéficiaires, le cas échéant en différentiel de la prestation versée au titre de la situation antérieure par un précédent contrat d'assurance.

Les « petites entreprises » acquittent la « cotisation additionnelle mutualisée »

La « prime unique », destinée à financer le coût de reprise des aggravations des états pathologiques antérieurs de l'entreprise, est acquittée par chacune des entreprises qualifiées de « moyenne ou grandes », par catégories de bénéficiaires, en sus de la « cotisation additionnelle mutualisée » également acquittée par les entreprises qualifiées de « moyennes ou grandes ».

Article 11.2. Indice de revalorisation des prestations.

Les indemnités journalières complémentaires, la rente d'invalidité complémentaire et le salaire de référence permettant le versement du capital décès et de la rente éducation sont revalorisés en fonction de l'évolution d'un indice comprise entre zéro et l'évolution de la valeur de service du point du régime unique AGIRC-ARRCO, en fonction des marges disponibles sur le régime.

Cet indice est celui mentionné à l'article 18.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, afin de renforcer la couverture de leurs salariés. Il est fixé par la CPPNI après avis de la CPS, celle-ci s'étant concertée préalablement avec les organismes assureurs.

Article 12. Cotisations applicables au régime de prévoyance lourde

Article 12.1. Assiette des cotisations du régime de branche en prévoyance

- Cas général

L'assiette de cotisations afférentes au présent régime correspond à l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

L'assiette des cotisations précitée est limitée aux deux tranches suivantes :

- o T1 : de 0 à 1 PASS
- o T2 : de 1 à 8 PASS

- #### - Cas particulier des salariés percevant un revenu de remplacement versé par l'employeur conformément à l'article 15.2 a) de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie.

Pour la garantie incapacité

L'assiette des cotisations des salariés en suspension du contrat de travail indemnisé (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...), pour la garantie incapacité, est égale au montant brut dudit revenu de remplacement, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur.

Pour les garanties décès et invalidité

L'assiette des cotisations pour les garanties invalidité et décès des salariés en suspension indemnisée du contrat de travail (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement et congé de mobilité...) est la rémunération antérieure à la suspension indemnisée du contrat de travail du salarié telle que définie au point précédent « cas général ».

Article 12.2. Taux

Le financement du présent régime est assuré, pour les salariés cadres et non-cadres tels que définis à l'article 15.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie, par une cotisation globale assise sur l'assiette définie au 12.1 du présent chapitre, en détaillant le taux pour chacune des tranches T1 et T2.

Il comprend :

- Le coût de l'octroi de la garantie décès à tous les salariés sous contrat de travail, en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise en chapeau des garanties maintenues par le précédent assureur et
- Le coût de la revalorisation des prestations en cours, incapacité temporaire, invalidité permanente et rente éducation au-delà du niveau atteint à la date de résiliation de l'adhésion auprès de l'ancien assureur, conformément à l'article 18.2 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie

Les taux de cotisations applicables sont destinés à financer les garanties minimales définies à l'article 17 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et de prévoyance pour les salariés de la branche métallurgie.

Ils sont ventilés par risque selon les modalités suivantes :

- Garantie socle (y compris garantie de passif) :
 - o 1,021 % T1 pour les salariés cadres
 - o 1,743 % T2 pour les salariés cadres
 - o 1,849 % T1 pour les salariés non-cadres
 - o 1,849 % T2 pour les salariés non-cadres
 - o Garantie incapacité :
 - 0,197 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,330 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,455 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,455 % T2 pour les salariés non-cadres
 - o Garantie invalidité :
 - 0,310 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,900 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,889 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,889 % T2 pour les salariés non-cadres
 - o Garantie décès au titre de la garantie en capital :
 - 0,386 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,386 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,250 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,250 % T2 pour les salariés non-cadres
 - o Garantie décès au titre de la garantie en rente éducation :
 - 0,105 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,105 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,147 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,147 % T2 pour les salariés non-cadres
 - o Garantie de passif (garantie additionnelle mutualisée de l'article 11.1 pour une durée limitée à 5 ans) :
 - 0,023 % T1 pour les salariés cadres
 - 0,023 % T2 pour les salariés cadres
 - 0,108 % T1 pour les salariés non-cadres
 - 0,108 % T2 pour les salariés non-cadres

Article 12.3. Répartition de la cotisation du régime de branche en prévoyance

Cette cotisation est répartie entre employeur et salarié selon la clé de répartition suivante :

Participation de l'employeur	Participation du salarié
Garantie incapacité : 0,197 % T1 pour les salariés cadres 0,330 % T2 pour les salariés cadres 0 % T1 pour les salariés non-cadres 0 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie invalidité : 0,310 % T1 pour les salariés cadres 0,900 % T2 pour les salariés cadres 0,444 % T1 pour les salariés non-cadres 0,444 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie décès au titre de la garantie en capital : 0,386 % T1 pour les salariés cadres 0,386 % T2 pour les salariés cadres 0,169 % T1 pour les salariés non-cadres 0,169 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie décès au titre de la garantie en rente éducation : 0,105 % T1 pour les salariés cadres 0,105 % T2 pour les salariés cadres 0,073 % T1 pour les salariés non-cadres 0,073 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie de passif : 0,023 % T1 pour les salariés cadres 0,023 % T2 pour les salariés cadres 0,108 % T1 pour les salariés non- cadres 0,108 % T2 pour les salariés non-cadres	Garantie incapacité : 0 % T1 pour les salariés cadres 0 % T2 pour les salariés cadres 0,455 % T1 pour les salariés non-cadres 0,455 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie invalidité : 0 % T1 pour les salariés cadres 0 % T2 pour les salariés cadres 0,444 % T1 pour les salariés non-cadres 0,444 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie décès au titre de la garantie en capital : 0 % T1 pour les salariés cadres 0 % T2 pour les salariés cadres 0,081 % T1 pour les salariés non-cadres 0,081 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie décès au titre de la garantie en rente éducation : 0 % T1 pour les salariés cadres 0 % T2 pour les salariés cadres 0,073 % T1 pour les salariés non-cadres 0,073 % T2 pour les salariés non-cadres Garantie de passif : 0 % T1 pour les salariés cadres 0 % T2 pour les salariés cadres 0 % T1 pour les salariés non- cadres 0 % T2 pour les salariés non-cadres

Les entreprises relevant de l'article 2 de la convention collective nationale de la métallurgie, peuvent négocier ou mettre en place à leur initiative, dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, une participation financière de l'employeur, partielle ou totale, au financement des garanties additionnelles obligatoires et/ou facultatives.

Pour rappel, dès lors que la couverture est facultative, la participation financière de l'employeur est soumise à cotisations et contributions sociales, et devra être intégrée dans lesdites assiettes.

Article 12.4. Plafond du salaire de référence du régime prévoyance.

En tout hypothèse le salaire servant de référence au calcul des garanties de prévoyance ne peuvent excéder huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Article 12.5. Garanties additionnelles obligatoires Prévoyance.

En complément des garanties minimales conventionnelles visées ci-avant, les partenaires sociaux ont choisi de souscrire des garanties additionnelles obligatoires en prévoyance. Les tarifs applicables à ces garanties additionnelles figurent dans le contrat cadre passé entre les organismes assureurs labellisés et les partenaires sociaux signataires de la convention collective nationale de la métallurgie.

Les partenaires sociaux s'accordent sur la liste des garanties additionnelles figurant ci-après du 12.5.i au 12.5.vi, qui servira de référence pour finaliser le contrat cadre mentionné ci-dessus.

Ces garanties additionnelles prennent la forme d'une prestation complémentaire différentielle égale aux niveaux globaux d'indemnités mentionnés aux points 12.5.i à 12.5.vi suivants, sous déduction des prestations de Sécurité sociale et des obligations de l'employeur notamment conventionnelles, en particulier celles relevant de l'annexe 9 de la convention collective de la métallurgie.

Article 12.5. i Montant de l'indemnité journalière complémentaire additionnelle

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire additionnelle pour les salariés cadres est déterminée sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

Option A 1

- **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Option B 1

- **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie., pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire additionnelle pour les salariés non-cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

Option A 2

- **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Option B 2

- **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.1 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, jusqu'à expiration des droits ;

Article 12.5. ii Montant de la rente invalidité additionnelle

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire optionnelle pour les salariés cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

Option 1

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **48 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la

métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Option 2

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **51 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Le montant de cette rente d'invalidité complémentaire optionnelle pour les salariés non-cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

Option 1

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **45 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **75 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **75 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Option 2

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **48 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80 %** du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **80** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Option 3

- Invalidité 1^{ère} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **51** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 2^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Invalidité 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale : **85** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.2. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 12.5. iii Montant du capital décès additionnel

Le montant de ce capital décès optionnel pour les salariés cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

- Option 1 : **250** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 2 : **300** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 3 : **350** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Le montant de ce capital décès optionnel pour les salariés non-cadres est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnités suivants :

- Option 1 : **150** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 2 : **200** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

- Option 3 : **250** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 4 : **300** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Option 5 : **350** % du salaire de référence, tel que défini à l'article 17.3. b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie, pour les salariés non-cadres définis à l'article 15.1 de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

Article 12.5. iv Montant de la majoration en cas de décès du salarié en situation maritale ou assimilée (conjoint, concubin, partenaire de pacs)

Le capital décès précédemment défini est majoré de 50% lorsque le salarié décédé était lié à un conjoint au jour du décès, de sorte qu'appliquée à la garantie et aux options définies aux 17.3.c). ii, la garantie majorée soit la suivante :

- Garantie décès socle cadres : 200 % du salaire de référence
 - Option A 1 : **250** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option B 1 : **300** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option C 1 : **350** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
- Garantie décès socle non-cadres : 100 % du salaire de référence
 - Option A 2 : **150** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option B 2 : **200** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option C 2 : **250** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option D 2 : **300** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.
 - Option E 2 : **350** % du salaire de référence défini à l'article 17.3 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie.

En application du 17.3. d) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié, marié et non séparé de corps judiciairement à la date du décès ;
- Le partenaire du salarié lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- Le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage soit prouvé par tout moyen, notamment par un justificatif de domicile au nom des deux concubins ou par une quittance au nom des deux concubins. Toutefois, la condition de durée d'un an est supprimée en cas de décès d'origine accidentelle du salarié.

Article 12.5. v Montant de la rente éducation optionnelle

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation optionnelle en cas de décès d'un salarié cadre défini à l'article 15.1 est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

- Option A 1 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **6 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
- Option B 1 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **12 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;

Le montant annuel de la rente temporaire d'éducation optionnelle en cas de décès d'un salarié non-cadre défini à l'article 15.1 est déterminé sur la base des niveaux globaux d'indemnisations suivants :

- Option A 2 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **6 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 19 ans à 26 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
- Option B 2 :
 - o De 0 ans à 15 ans : **8 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;
 - o De 16 ans à 18 ans : **10 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;

- o De 19 ans à 26 ans : **12 %** du salaire de référence défini à l'article 17.4 b) de l'Annexe 9 de la convention collective nationale de la métallurgie ;

Article 12.5 vi Doublement de la rente éducation en cas de décès des deux parents

En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint, partenaire de pacs ou concubin, le montant de la rente éducation visée ci-avant est doublée.

Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois.

Sont qualifiés de décès simultanés du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.

Article 12.6. Exclusions Prévoyance.

- 1°** Sont exclus des garanties décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes, double effet, rente éducation, les décès résultant des faits suivants :
- De la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non), mettant en cause l'Etat français,
 - D'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active, sauf accomplissement du devoir professionnel, légitime défense ou assistance à personne en danger,
 - Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus, sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.
 - Le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive. Dans ce cas, le capital décès est versé au bénéficiaire subséquent.
 - Tout déplacement ou séjour dans une zone relevant d'une classification formellement déconseillée, ou déconseillée sauf raison professionnelle, telle que publiée sur le site du Ministère des Affaires étrangères français, sauf accord exprès de l'organisme assureur sur la base des déclarations du souscripteur dans les conditions exposées aux conditions générales « Obligations liées à la territorialité ».

Pour l'assuré déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone formellement déconseillés ou déconseillés sauf raison impérative, l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de cinq jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

- 2°** Sont exclus des garanties, incapacité temporaire de travail–invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :
- De faits intentionnels provoqués par l'assuré (hors cas de suicide)
 - Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus, sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.
 - Les conséquences d'une grossesse non pathologique

Chapitre II. Financement du dispositif de portabilité pour les entreprises en Liquidation judiciaire

Article 13. Portabilité en liquidation judiciaire

Au-delà des dispositions visées aux articles 13.1 et 20.1 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, en cas d'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire de l'entreprise, les garanties prévues au présent régime sont maintenues en application du dispositif de portabilité des droits au profit de l'ancien salarié licencié pour motif économique, tant que le contrat d'assurance qui garantit la couverture du salarié n'a pas été résiliée. Cette portabilité est assurée même en l'absence de paiement de cotisations.

TITRE III GARANTIES NON-CONTRIBUTIVES DU REGIME DE BRANCHES

Les dispositions du présent titre sont exclusivement applicables aux entreprises ayant rejoint le dispositif de garanties présentant un degré élevé de solidarité du régime de branche de la métallurgie.

Article 14. Objet

En application des dispositions de l'article 22 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie, et conformément aux dispositions de l'article L 912-1 du Code de la sécurité sociale, le présent chapitre instaure des garanties présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Les organisations syndicales et patronales signataires de l'accord de branche conclu au niveau de la branche ont affirmé leur attachement :

- à mettre en œuvre une politique d'action sociale correspondant à la situation spécifique de la branche et venant en supplément des actions pouvant déjà être développées par ailleurs ;
- à en assurer le pilotage et le suivi de manière pertinente et efficiente en commission paritaire de suivi instituée par le Titre I du présent accord ;
- à optimiser la gestion des fonds destinés à financer les actions de solidarité qu'ils auront déterminées, à en garantir une gestion transparente et donc à prévoir une mutualisation renforcée.

C'est pour s'assurer de pouvoir atteindre ces objectifs que les partenaires sociaux, au sein de la Commission paritaire de suivi, ont entendu mettre en place une politique de solidarité conventionnelle pour chacun des régimes complémentaires, santé et prévoyance, en :

- assurant, d'une part, une mutualisation des fonds des entreprises et des salariés qui cotisent au titre d'assurances collectives mises en œuvre en application du présent accord et ce, conformément aux dispositions des articles L.912-1 IV, R. 912-2, R. 912-3 et D. 912-14 du Code de la sécurité sociale ;

- mettant en œuvre, d'autre part, un pilotage paritaire maîtrisé du déploiement des prestations à caractère non directement contributif inhérentes à la mise en œuvre des régimes conventionnels de protection sociale complémentaire, santé et prévoyance.

Article 15. Financement du fonds de solidarité

Les garanties relevant du degré élevé de solidarité sont financées et gérées de manière mutualisée pour les entreprises et salariés relevant du champ d'application du présent accord et ayant rejoint le(s) organisme(s) de prévoyance gérant le régime.

Pour financer ces actions et prestations de solidarité, il est créé un fonds de solidarité dédié auquel les entreprises et les salariés visés ci-dessus sont tenus de cotiser.

Ce fonds est financé à hauteur de 2 % HT des cotisations servant au financement du régime obligatoire institué dans l'entreprise pour répondre à l'obligation de mettre en place une couverture en matière de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance lourde.

Cette cotisation vient en déduction des cotisations versées par les entreprises aux organismes assureurs.

Article 16. Modalités de fonctionnement du fonds de solidarité

Article 16.1. Article 16.1 Bénéficiaires

Peuvent bénéficier des fonds de solidarité les salariés couverts par les régimes de remboursement de frais de soins de santé et de prévoyance lourde mis en œuvre par le présent accord, c'est-à-dire les salariés appartenant aux entreprises entrant dans le champ de la mutualisation de la branche et qui abondent le fonds social.

Article 16.2. Prestations

Le fonds social est destiné à la mise en œuvre des actions sociales de solidarité et de prévention visant à préserver ou améliorer collectivement ou individuellement la situation des salariés qui connaissent ou sont susceptibles de connaître des difficultés, et ce, quelle qu'en soit l'origine.

Ainsi, ce fonds a pour finalité de financer des prestations non directement contributives et notamment d'octroyer des aides à titre exceptionnel, au profit de l'ensemble des salariés susvisés.

Le fonds peut également intervenir dans la mise en place d'actions collectives ayant pour objectif de mettre à la disposition des membres participants des outils ou des structures leur permettant de trouver des compléments d'information ou de soutien, tant sur le plan matériel que sur le plan psychologique.

Le fonds social est également destiné à financer des actions contribuant à la prévention des risques professionnels au sein des entreprises de la branche.

L'action sociale intervient :

- Soit en complément à celle d'autres organismes prioritaires pour intervenir (Sécurité sociale, Maisons Départementales du Handicap, organismes assureurs) ;
- Soit de manière unique.

La Commission paritaire de suivi veille à la mise en œuvre par les assureurs des actions visées dans l'accord et définies à l'Annexe 5.

Les organismes assureurs gestionnaires des prestations financées par le fonds social pourront à titre expérimental, consacrer une partie des ressources du fonds pour financer des actions autres que celles définies dans le présent accord, sous réserve de respecter le champ défini par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

La mise en œuvre, des actions expérimentales est conditionnée à la présentation et à la validation préalable desdites actions par la Commission paritaire de suivi qui en fixe les modalités (contenu, durée d'expérimentation, part du fonds sociale mobilisé) :

- La durée d'expérimentation ne pourra pas dépasser 2 ans,
- L'ensemble des dépenses résultants des expérimentations ne pourra excéder 20% des dépenses de l'organisme assureur au titre du DES.

A l'issue de la période d'expérimentation, la commission paritaire de suivi pourra proposer à la CPPNI la généralisation des actions expérimentales à l'ensemble des entreprises visées à l'article 2 de l'annexe 9 à la convention collective nationale de la métallurgie relative à la définition d'un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance de la branche métallurgie.

Article 17. Organismes gestionnaires

Article 17.1. Modalités de gestion

Article 17.1. a) Gestion et délégation de gestion des prestations par les organismes gestionnaires

Conformément aux principes visés dans le présent accord, chaque organisme assureur retenu pour la couverture des garanties visées par le régime de branche, est mandaté pour assurer la gestion, pour le compte de la branche et en application des accords conclus par elle, des politiques de solidarité mises en œuvre dans le cadre des régimes conventionnels de prévoyance et de remboursement de frais de soins de santé.

Les organismes assureurs gestionnaires visés ci-dessus peuvent déléguer la gestion des prestations prévues par le présent chapitre à l'un des autres organismes mandatés par la branche.

Article 17.1. b) Apérition des Fonds de solidarité

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation choisit, parmi les organismes assureurs retenus, le(s) apériteur(s) des fonds de solidarité.

Article 17.2. Durée du mandat de gestion

Le mandat de gestion est d'une durée déterminée qui ne pourra pas être supérieure à 5 ans.

Le premier mandat prend effet à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat cadre.

Article 17.3. Modalités de renouvellement ou de changement des organismes gestionnaires des prestations

À chaque échéance du mandat, la branche se positionnera paritairement pour un renouvellement ou un changement des organismes gestionnaires des prestations.

Article 17.4. Missions des gestionnaires

Article 17.4. a) Missions de chacun des gestionnaires des prestations.

Chacun des organismes assureurs ayant la charge de gérer les prestations prévues par le présent dispositif, a notamment pour mission :

- De dispenser les prestations mentionnées à l'article 16.2 du présent accord, selon les modalités qui y sont spécifiées s'agissant des prestations mentionnées dans le présent accord et de la marge de manœuvre encadrée laissée à la discrétion des organismes assureurs ;
- D'accompagner et conseiller la Commission paritaire de suivi dans la détermination des actions et prestations de solidarité prioritaires dans la branche ;

Les sommes gérées par les organismes assureurs gestionnaires des prestations, mandatés par la branche ne sont, en aucun cas, leur propriété, pas plus qu'elles ne sont celle des organismes assureurs auprès desquels les entreprises ont souscrit leurs contrats d'assurance collectifs.

Tout organisme mandaté par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation pour gérer ses politiques de solidarité reconnaît expressément, en acceptant ce mandat, qu'il ne disposera d'aucun droit sur les sommes ainsi gérées, et celui-ci s'engage à les restituer à la branche une fois son mandat arrivé à échéance.

Les organismes gestionnaires des prestations mettent en œuvre le protocole technique et financier mentionné au 17.4. b), en ce qui les concernent.

Article 17.4. b) Missions du gestionnaire du fonds de solidarité

Les relations entre l'organisme gestionnaire du fonds de solidarité et la Commission paritaire de branche sont précisées par voie de protocole technique spécifique visé par les partenaires sociaux.

Ce protocole fixe en particulier les modalités d'apurement par l'organisme gestionnaire du fonds, précisant notamment les voies et moyens de la péréquation entre les organismes gestionnaires des prestations, de la consolidation comptable et de la restitution qui en est faite, *a minima* annuellement, à la Commission paritaire de suivi.

L'organisme gestionnaire du fonds de solidarité a également pour mission de fournir un reporting à la Commission paritaire de suivi afin en particulier :

- De détailler les flux comptables existant entre les différents intervenants. Ce reporting participe aux obligations de restitution réglementaires de la branche prévues par le Code de la sécurité sociale ;
- D'assurer un suivi des actions menées au profit des salariés et des entreprises de la branche, d'en faire des restitutions périodiques à la branche, de veiller aux éventuels besoins d'évolutions et de produire, en tant que de besoin, tous les indicateurs et outils permettant à la Commission paritaire de suivi d'arrêter ou de modifier les actions utiles aux salariés et entreprises de la branche.

Ce travail de reporting général permettra également à la Commission paritaire de suivi de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs pour lui permettre de faire évoluer, le cas échéant, ses politiques conventionnelles de solidarité.

Article 18. Rapports annuels sur la mise en œuvre du degré élevé de solidarité

Les organismes gestionnaires des prestations remettront chacun, à la Commission paritaire de suivi, un rapport d'information sur l'effectivité des politiques de prévention et d'actions sociales mises en œuvre dans le cadre du degré élevé de solidarité. De surcroît, l'organisme gestionnaire du fonds social s'engage à fournir un rapport d'information relatif aux missions spécifiques qui lui sont confiées et qui sont mentionnées à l'article 8.

Les organismes mandatés au titre de la gestion des politiques conventionnelles de solidarité s'engagent expressément, à formaliser lesdits rapports conformément aux exigences des textes en vigueur.

La commission paritaire de suivi veillera au bon fonctionnement de ces dispositifs au travers des rapports annuels.

Liste des annexes

- Annexe n° 1 : Grille des garanties minimales
- Annexe n° 2 : Grille des garanties additionnelles
- Annexe n° 3 : Découpages tarifaires régionaux
- Annexe n° 4 : Tableaux des tarifications régionalisées
- Annexe n° 5 : Liste des prestations à caractère non directement contributif

Annexe n° 1 : Grille des garanties minimales frais de santé

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Frais de séjour	100% BR
Honoraires signataire Optam/Optam CO	150% BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	130% BR
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	1,5% PMSS/jour
Forfait hospitalier	100% FR
Lit d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)	1,00% PMSS/jour
Forfait Patient Urgence	100% FR
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
Transport sanitaire	100% BR
Soins courants	
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam ou non Optam	100% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	150% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non-signataire Optam/Optam CO	130% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	150% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non-signataire Optam/Optam CO	130% BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	150% BR
Radiologie, ostéodensitométrie non-signataire Optam/Optam CO	130% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100% BR

Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	200% BR
Forfait actes lourds	100% FR

Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15% par Séc Soc)	100% BR
--	---------

Dentaire	
Soins dentaires	125% BR
Implant dentaire (scanner - pose - pilier)	Néant
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Séc Soc	Néant

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
Orthodontie remboursée par Séc Soc	225% BR
Orthodontie non remboursée par Séc Soc	Néant
Parodontologie remboursée par Séc Soc	125% BR
Parodontologie non remboursée par Séc Soc	Néant
Soins et prothèses dentaires 100% Santé (1)	
Inlay core	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier maîtrisé (2)	
Inlay, onlay	225% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Inlay core	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier libre (3)	
Inlay, onlay	225% BR
Prothèses dentaires	225% BR
Inlay core	225% BR
Optique	
<p>Équipement optique (1 monture + 2 verres)</p> <p>Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire.</p> <p>Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</p>	Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
Chirurgie optique réfractive	Néant
Optique adulte/enfant - équipement de classe A - 100% Santé	
<p>Équipements optique 100% Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant</p> <p>Prestation d'appareillage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)</p> <p>Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)</p>	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
Optique adulte/enfant - équipement de classe B au tarif libre (5)	
Monture + deux verres simples	250 €
Monture + deux verres complexes	350 €
Monture + deux verres très complexes	450 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	300 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	350 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	400 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Optique adulte/enfant	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Lentilles prises en charge par la Séc Soc	200 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM
Lentilles non prises en charge par la Séc Soc	200 € par an et par bénéficiaire

Prothèses auditives	
Appareillage à partir du 1er janvier 2021 (6)	
Equipements 100 % Santé (7)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
Equipements libres (8)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	200% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	100% BR

Autres postes	
Médecine douce et sevrage tabagique	Ostéopathie, Chiropraxie, Psychomotricité, Etiopathie, Acupuncture, Substituts nicotiniques, maxi 25 € par séance ou intervention et 4 séances ou interventions en tout par an
Forfait maternité ou adoption	150 €

Cures thermales	Néant
Assistance	Oui

Actes de prévention selon contrat responsable	
Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code	
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100% BR
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% BR

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Prestations y compris remboursements de Sécurité Sociale
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100% BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% BR
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	100% BR
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	100% BR
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)	Néant

- (1)** Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.
- (2)** Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (3)** Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (4)** Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
- (5)** Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019-21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
- (6)** La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.
- (7)** Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (8)** Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.
- (9)** La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

Annexe n°2 : Grille des garanties additionnelles

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Option 1 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel	Option 2 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel et option 1
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	100% BR	200% BR
Honoraires signataire Optam/Optam CO	220% BR	235% BR
Honoraires non-signataire Optam/Optam CO	200% BR	200% BR
Chambre particulière (y compris ambuloire)	2,5% PMSS/jour	2,5% PMSS/jour
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)	1,50% PMSS/jour	1,75% PMSS/jour
Forfait Patient Urgence	100% FR	
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
Transport sanitaire	100% BR	100% BR
Soins courants		
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam ou non Optam	100% BR	Optam : 185% BR / Non Optam : 165% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	180% BR	220% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non-signataire Optam/Optam CO	160% BR	200% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	180% BR	235% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non-signataire Optam/Optam CO	160% BR	200% BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	180% BR	180% BR
Radiologie, ostéodensitométrie non-signataire Optam/Optam CO	160% BR	160% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100% BR	100% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100% BR	100% BR
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	300% BR	300% BR + 600 € par an
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR
Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15% par Séc Soc)	100% BR	100% BR

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Option 1 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel	Option 2 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel et option 1
Dentaire		
Soins dentaires	125% BR	125% BR
Implant dentaire (scanner - pose - pilier)	300 € par implant maxi deux par an	500 € par implant maxi deux par an

Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Séc Soc	Néant	410% BR
Orthodontie remboursée par Séc Soc	300% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par Séc Soc	Néant	400% BR
Parodontologie remboursée par Séc Soc	125% BR	125% BR
Parodontologie non remboursée par Séc Soc	Néant	200€ par an
Soins et prothèses dentaires 100% Santé (1)		
Inlay core	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Panier maîtrisé (2)		
Inlay, onlay	300% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	400% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Inlay core		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Panier libre (3)		
Inlay, onlay	300% BR	300% BR
Prothèses dentaires	300% BR	400% BR
Inlay core	300% BR	300% BR
Optique		
Équipement optique (1 monture + 2 verres) Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale	Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
Chirurgie optique réfractive	400 € par œil	400 € par œil

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Option 1 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel	Option 2 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel et option 1
Optique adulte/enfant - équipement de classe A - 100% Santé		
Équipements optique 100% Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente
Optique adulte/enfant - équipement de classe B au tarif libre (5)		
Monture + deux verres simples	350 €	350 €
Monture + deux verres complexes	450 €	450 €
Monture + deux verres très complexes	550 €	550 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	400 €	400 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	450 €	450 €

Monture + un verre complexe et un verre très complexe	500 €	500 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Optique adulte/enfant		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Lentilles prises en charge par la Séc Soc	250 € par an et par bénéficiaire et au minimum le TM	350 € par an et par bénéficiaire et au minimum TM
Lentilles non prises en charge par la Séc Soc	250 € par an et par bénéficiaire	280 € par an et par bénéficiaire

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Option 1 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel	Option 2 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel et option 1
--	---	---

Prothèses auditives		
Appareillage (6)		
Equipements 100 % Santé (7)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (8)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	300% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans	1 240 €
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		300% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	100% BR	100% BR

Autres postes		
----------------------	--	--

Médecine douce et sevrage tabagique	Ostéopathie, Chiropraxie, Psychomotricité, Etiopathie, Acupuncture, Substituts nicotiniques, maxi 25 € par séance ou intervention et 4 séances ou interventions en tout par an	Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, maxi 105 € par séance ou intervention. Psychomotricité, Etiopathie, Substituts nicotiniques, maxi 25 € par séance ou intervention. L'ensemble des postes limité à 4 actes par année civile
Forfait maternité ou adoption	200 €	550 €
Cures thermales	Néant	100% BR pour traitement & RSS + 350 € pour voyage et hébergement par an et par bénéficiaire
Assistance	Oui	Oui

Actes de prévention selon contrat responsable		
Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code		

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Option 1 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel	Option 2 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel et option 1
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100% BR	100% BR
2. Un détartrage annuel complet sus-et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% BR	100% BR
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100% BR	100% BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% BR	100% BR
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;	100% BR	100% BR

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).		
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% BR	100% BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	100% BR	100% BR

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Option 1 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel	Option 2 Y compris remboursements Sécurité sociale et régime socle conventionnel et option 1
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)	Néant	100% FR

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

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

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

(4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(5) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019-21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.

(6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.

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

(8) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

(9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.