

Brochure n° 3228

Convention collective nationale

IDCC : 637. – **INDUSTRIES ET COMMERCE
DE LA RÉCUPÉRATION**
(7^e édition. – Mars 2005)

AVENANT DU 25 JANVIER 2006
À L'ACCORD DU 2 OCTOBRE 1997
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE
NOR : ASET0650673M
IDCC : 637

Entre :

Le syndicat de la récupération pour la gestion industrielle de l'environnement et du recyclage,

D'une part, et

La CFDT ;

La CFTC ;

La CFE-CGC ;

Force ouvrière,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a pour objet :

- l'intégration dans le régime de prévoyance de la branche de dispositions prévues par la réforme de l'assurance maladie née de la loi du 13 août 2004 ;
- la modification du tableau des garanties frais de santé suite à la mise en application de la classification commune des actes médicaux dite CCAM ;

- l'intégration des nouvelles dispositions concernant les bénéficiaires des régimes de prévoyance collectifs obligatoires suite à la parution de la circulaire DSS/5B/2005/396 du 25 août 2005 ;
- la révision des cotisations relatives aux garanties frais de santé.

Article 2

Dispositions prises suite à la réforme de l'assurance maladie

Afin de bénéficier de l'ensemble des avantages liés aux contrats collectifs à adhésion obligatoire, les partenaires sociaux conviennent de mettre en conformité le régime de prévoyance de la branche.

Pour cela, il est nécessaire de cumuler le respect des conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale reprises par le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005, pour les contrats dits « responsables » et la règle de la non prise en charge d'une participation forfaitaire de l'assuré.

Concernant l'accord de prévoyance de la branche, l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et le décret du 29 septembre 2005 s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2006.

Dans ce cadre, le régime de prévoyance permet de bénéficier de :

- l'exonération des charges sociales sur les cotisations, pour l'employeur ;
- la déductibilité des cotisations du revenu net imposable, pour le salarié ;
- l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.

Au sens de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, un contrat responsable devra respecter un cahier des charges qui sera connu et applicable dans son intégralité à compter du 1^{er} juillet 2006 concernant les régimes obligatoires prévus dans le cadre d'une branche professionnelle.

Au jour de signature de cet avenant, la loi et les décrets déjà parus imposent un certain nombre de règles :

- d'une part, des interdictions de prise en charge ;
- d'autre part, des obligations de prise en charge dans le cadre du parcours de soins.

Les interdictions de prise en charge

A effet du 1^{er} janvier 2005, la sécurité sociale baisse son remboursement du montant de la participation forfaitaire (1 € en 2005) pour toute consultation ou acte médical réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste. Cette participation ne doit pas être remboursée par le régime complémentaire frais de santé.

A effet du 1^{er} juillet 2006, la majoration de la participation de l'assuré hors du parcours de soins, visée à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ne pourra pas être remboursée par le régime complémentaire frais de santé :

- absence totale de prise en charge de la majoration du ticket modérateur lorsque le participant ne désigne pas de médecin traitant avant le 1^{er} juillet 2005 et/ou ne passe pas par lui. Le montant de cette majoration a été fixé par décret en date du 3 novembre 2005, dans une fourchette de 7,5 % à 12,5 % de la base de remboursement ;

- absence de prise en charge du dépassement d'honoraire autorisé en cas de non-respect du parcours de soins sur les actes cliniques et techniques. Ce dépassement est limité au dépassement maximum sur les actes cliniques fixée à ce jour à 17,5 % de la base de remboursement de la consultation médicale.

A effet 2007, la majoration de reste à charge de l'assuré pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ne pourra pas être remboursée par le régime complémentaire frais de santé :

- absence totale de prise en charge de la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré refuse l'accès à son dossier médical personnel (à effet du 1^{er} juillet 2007).

Les obligations de prise en charge dans le parcours de soins

Dans le cadre des consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci, les contrats responsables doivent respecter les obligations suivantes :

- prise en charge de 30 % du tarif opposable des consultations (tarif de base et majorations remboursables) qui s'ajoutent aux 70 % remboursés actuellement par la sécurité sociale ;
- prise en charge de 30 % des prescriptions de médicament du médecin traitant sur les vignettes blanches qui s'ajoutent aux 65 % actuellement remboursés par la sécurité sociale ;
- prise en charge de 35 % du tarif de base des frais d'analyse ou de laboratoire qui s'ajoutent aux 60 à 70 % remboursés actuellement par la sécurité sociale (plafonnée à 100 %) ;
- prise en charge totale du ticket modérateur pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations doit être fixée par arrêté non encore publié à ce jour.

Des décrets à paraître viendront préciser différents éléments d'application du contrat responsable et le régime complémentaire frais de santé de la branche sera adapté systématiquement afin de respecter ce cadre légal et de permettre de bénéficier des avantages précédemment listés.

Article 3

Mise en œuvre de la « CCAM »

La mise en œuvre progressive de la classification commune des actes médicaux (CCAM) impose une nouvelle formulation de l'expression des garanties frais de santé du régime de prévoyance de la branche.

Dans le cadre de la CCAM, les nouvelles expressions de l'assurance maladie sont les suivantes :

- MR est le montant remboursé par la sécurité sociale ;
- BR est la base de remboursement de la sécurité sociale ;
- BR - MR appelé communément ticket modérateur continuera de s'écrire sous la forme TM.

La mise en œuvre de la CCAM étant progressive sur plusieurs années, les codifications de l'ancienne nomenclature (NGAP) perdureront, et notamment le tarif de convention (TC).

Les expressions des niveaux de garanties inchangés sont les suivants :

- pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale dit PMSS ;
- les plafonds annuels appliqués aux garanties ne sont pas modifiés.

Compte tenu de ces modifications, le tableau des garanties frais de santé intégré à l'avenant au régime de prévoyance du 15 janvier 2004 est remplacé par le suivant :

TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ

Les prestations de ce tableau intègrent la législation actuelle et à venir sur les contrats responsables. Elles sont exprimées en complément du régime de base.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
<p>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE</p> <p>Secteur conventionné ou non conventionné</p> <p>Chambre particulière (y compris maternité)</p> <p>Forfait journalier hospitalier</p> <p>Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans</p>	<p>100 % de la base de remboursement SS (BR ou TC ou TC reconstitué)</p> <p>Prise en charge par l'organisme de prévoyance (limité à 3 % du PMSS/jour d'hospitalisation)</p> <p>Pris en charge par l'organisme de prévoyance</p> <p>Forfait égal à 1,76 % du PMSS/jour d'hospitalisation</p>
<p>MÉDECINE</p> <p>Consultations, visites (généraliste, spécialiste, professeur)</p> <p>Secteur conventionné ou non conventionné</p> <p>Auxiliaires médicaux</p> <p>Analyses et travaux de laboratoire</p> <p>Electroradiologie ou radiothérapie</p> <p>Orthopédie, prothèses médicales (hors auditives)</p> <p>Frais de transport remboursés par la SS</p> <p>Actes de spécialité, petite chirurgie et forfait de cures thermales</p> <p>Soins de cures thermales</p>	<p>100 % de la base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>40 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>40 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>30 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>35 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>35 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>30 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p> <p>35 % de base de remboursement SS (BR ou TC)</p>
<p>PHARMACIE remboursée par la sécurité sociale</p>	<p>100 % du ticket modérateur</p>

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
OPTIQUE Verres, montures, lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale	100 % du ticket modérateur plus un forfait égal à 8 % du PMSS/an/personne
DENTAIRE Soins dentaires Parodontologie, prophylaxie buco-dentaire Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale (prothèses dentaires fixes esthétiques, prothèses dentaires fixes métalliques, prothèses dentaires amovibles, actes divers de prothèses dentaires) Orthodontie remboursée par la sécurité sociale (orthodontie dento-faciale)	100 % du ticket modérateur conventionnel 100 % du ticket modérateur conventionnel 200 % de base de remboursement SS (BR ou TC ou TC reconstitué) 200 % de base de remboursement SS (BR ou TC)
MATERNITÉ ET ADOPTION	Forfait égal à 7,5 % du PMSS par enfant (doublé en cas de naissance gémellaire)

Base de remboursement SS : tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale. Il est déterminé par accord entre les professionnels de santé et le régime de base de la sécurité sociale.

Ticket modérateur conventionnel : part restant à la charge de l'assuré social compte tenu de la différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le montant remboursé par la sécurité sociale.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article 4

Personnels concernés et bénéficiaires du régime de prévoyance

Suite aux précisions apportées par la circulaire DSS/5B/2005/396 du 25 août 2005 concernant les bénéficiaires des régimes de prévoyance collectifs obligatoires, l'article 2 de l'avenant au régime de prévoyance du 15 janvier 2004 est annulé et remplacé par le suivant :

Article 2

Personnels concernés et bénéficiaires du régime

Le présent régime de prévoyance et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement au personnel non cadre de la totalité des entreprises appartenant au champ d'application de la convention collective nationale des industries et commerces de la récupération et du recyclage.

Les bénéficiaires du régime de prévoyance sont ceux définis à l'article 5 du protocole d'accord paritaire d'adhésion et de gestion du régime de prévoyance en date du 17 novembre 1997.

Au sein de cette catégorie, sont notamment concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale et les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité.

Toutefois, par dérogation au caractère obligatoire pour les personnels visés ci-dessus, l'adhésion au régime « frais de santé » est facultative pour les salariés suivants :

- salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale). L'adhésion facultative n'est permise que pour la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture CMU. Dès l'extension des droits CMU, le salarié doit être affilié à titre obligatoire ;
- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers ;
- salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples).

Pour l'application de ces cas dérogatoires, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'adhésion au régime frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés concernés, stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus.

En outre, aucun autre cas dérogatoire ne pourra être accordé.

Si l'entreprise ne respecte pas l'ensemble des dispositions du présent article, elle encourt le risque d'un redressement fiscal et/ou social pour elle-même et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime. En effet, le régime serait qualifié de régime facultatif dont les cotisations seraient soumises à charges sociales et non déductibles du revenu imposable.

Enfin, les entreprises devront par ailleurs respecter l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 relatif à la prévoyance des personnels cadres. L'organisme assureur désigné dans la convention collective pour la couverture et la gestion du régime des salariés non cadres pourra leur faire sur demande des propositions adaptées pour le personnel cadre.

Article 5

Cotisations du régime frais de santé

A compter du 1^{er} avril 2006, les cotisations relatives aux garanties frais de santé seront les suivantes :

La cotisation « Frais de santé » des actifs est égale à :

- 28,2 € par mois pour le salarié seul ;
- 56,2 € par mois pour le salarié et sa famille,

dont 14,1 € sont pris en charge par l'employeur, soit 50 % de la cotisation du salarié seul.

Cette cotisation est révisable chaque année par accord paritaire.

La cotisation « Frais de santé » figurant à l'article 3 de l'avenant du 15 janvier 2004 sous le libellé « Dispositions particulières » au maintien de la garantie « Frais de santé » pour les bénéficiaires précisément listés dans ce paragraphe est égale à :

- 42 € par mois pour le bénéficiaire seul ;
- 84 € par mois pour le bénéficiaire et sa famille.

Article 6

Hiérarchie des normes et accords dérogatoires

Conformément aux dispositions prévues par la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004, l'accord de prévoyance d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise dérogatoire ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent avenant et du régime de prévoyance auquel il est rattaché.

Article 7

Dépôt extension et entrée en vigueur

Le texte du présent avenant sera déposé à la direction départementale du travail et de l'emploi et au secrétariat du greffe du conseil des prud'hommes, conformément à l'article L. 132-10 du livre I du code du travail.

Il entrera en vigueur, dans les conditions suivantes, à savoir :

A la même date :

- sur l'ensemble du territoire national (y compris les DOM) ;
- pour l'ensemble des entreprises et salariés dépendant de la convention collective des industries et commerces de la récupération et du recyclage.

Cette date de prise d'effet est fixée à la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté portant extension du présent avenant.

Fait à Marcq-en-Barœul, le 25 janvier 2006.

(Suivent les signatures.)