

Brochure n° 3265

Convention collective nationale

IDCC : 1672. – **SOCIÉTÉS D'ASSURANCES**

AVENANT DU 23 JUIN 2006

AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 JANVIER 1984

CONCERNANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

NOR : *ASET0650848M*

IDCC : 1672

Entre :

La fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) ;

Le groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA),

D'une part, et

La fédération des services (branche assurances) CFTD ;

La fédération des syndicats commerce, services et force de vente (CSFV)
CFTC ;

L'UNSA banques assurances et sociétés financières,

D'autre part,

Vu le règlement du régime d'assurance maladie des allocataires en date du 16 janvier 1984 modifié par les protocoles d'accord des 21 décembre 1990, 17 septembre 1991, 12 octobre 1994, 30 octobre 1996, 5 décembre 1997, 11 décembre 2000, 22 novembre 2001, 24 juin 2002 et 28 décembre 2005,

Vu l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale tel que résultant de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et de la loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004 ;

Vu les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tels que résultant du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu l'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 ;

Vu le décret n° 2006-707 du 19 juin 2006 modifiant l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

L'avenant du 28 décembre 2005 précité a eu pour objet d'adapter le régime d'assurance maladie des allocataires (RAMA) aux conditions fixées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatifs à la réforme de l'assurance maladie afin que ce régime puisse continuer à bénéficier de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.

Par ailleurs, cet avenant prévoyait :

- d'une part, que le RAMA prendrait en charge le ticket modérateur de 2 prestations de prévention qui seraient choisies parmi la liste établie par un arrêté ministériel à paraître ;
- d'autre part, que les partenaires sociaux se réuniraient au cours du premier semestre 2006 afin :
 - de procéder à un examen d'ensemble des garanties et primes du régime ;
 - et d'examiner, en tant que de besoin, les incidences sur le régime des mesures annoncées en matière de sécurité sociale (notamment, les prestations de prévention, le forfait de 18 € à la charge des patients et le déremboursement de médicaments).

Conformément à ces engagements, des commissions paritaires se sont tenues durant le premier semestre 2006. Elles ont conduit les parties signataires à retenir les dispositions ci-après.

Article 1^{er}

Prestations de prévention

Au titre des prestations de prévention visées au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires ont retenu les actes suivants :

- acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; la prise en charge est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;
- dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.

Par suite, le tableau des garanties de la formule 1 figurant en annexe au règlement du régime d'assurance maladie des allocataires est modifié comme suit :

« Formule 1

NATURE DES DÉPENSES	PRESTATIONS
Consultations Visites	30 % du tarif de convention de la sécurité sociale
Actes de spécialités Radiologie Soins dentaires	27 % des prestations de la sécurité sociale
Analyses Médicaments remboursés à 65 % Pharmacie à 35 % Auxiliaires médicaux	35 % du tarif de convention de la sécurité sociale 30 % du tarif de convention de la sécurité sociale 29 % des prestations de la sécurité sociale 27 % des prestations de la sécurité sociale
Prothèses dentaires Autres prothèses et orthopédie	160 % des prestations de la sécurité sociale
Optique-lunetterie	325 % des prestations de la sécurité sociale
Hospitalisation - frais de séjour - actes chirurgicaux - chambre particulière	Remboursement du ticket modérateur 105 % des prestations de la sécurité sociale 16,72 €
Prestations de prévention (1) - ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans effectuée dans la limite d'un acte tous les 6 ans - dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, pour un des actes suivants et dans la limite d'un acte tous les 5 ans : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie	Remboursement du ticket modérateur Remboursement du ticket modérateur

(1) Conformément au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

NB :

a) Le forfait journalier hospitalier n'est pas remboursé.

b) Pour les personnes exonérées du ticket modérateur (TM), ce barème ouvre des droits à dépassement ; le pourcentage de remboursement du barème s'applique alors au tarif de convention de la sécurité sociale.»

Article 2

Garanties

Les tableaux de garanties des formules 1 *bis* et 2 figurant en annexe au règlement du régime d'assurance maladie des allocataires sont modifiés comme suit :

« Formule 1 bis

Garanties de la formule 1 avec, en plus, remboursement intégral du ticket modérateur pour les dépenses suivantes : pharmacie et auxiliaires médicaux.

Formule 2

Garanties de la formule 1 *bis* avec, en plus, remboursement intégral du ticket modérateur pour les dépenses suivantes : actes de spécialités, radiologie et soins dentaires. »

Article 3

Examen des comptes du régime

Il est créé un article 8 nouveau du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires rédigé comme suit :

« Article 8

Examen des comptes du régime

Un rapport détaillé des résultats du régime d'assurance maladie des allocataires de l'exercice précédent est présenté chaque année à la commission technique et au conseil d'administration de la CREPPSA avant la fin du mois d'octobre.

Le rapport est complété d'une analyse prospective des résultats probables de l'exercice en cours.

Ce rapport et cette analyse sont simultanément adressés aux organisations syndicales représentatives dans la branche. »

Les anciens articles 8 à 12 du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires sont désormais numérotés 9 à 13.

Article 4

Clause de sauvegarde

L'article 11 du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires, anciennement numéroté article 10, est modifié comme suit :

Article 11

Clause de sauvegarde

Si les ressources du régime s'avéraient insuffisantes pour assumer la charge du service des prestations de prévoyance prévues, les garanties de celui-ci seraient, après examen de la situation par les parties signataires, et à défaut d'une autre solution, réduites proportionnellement dès l'exercice suivant, à l'exception des consultations et visites des médecins, des médicaments remboursés à 65 % par la sécurité sociale, des analyses et des prestations de prévention (1) mentionnées dans l'annexe au présent règlement.

(1) Conformément au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Article 5

Mise à jour du règlement du RAMA

Le texte du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires figurant en annexe au présent avenant se substitue au texte en vigueur jusqu'ici. Il tient compte des dispositions des accords successifs intervenus depuis sa signature, y compris celles du présent avenant.

Article 6

Date d'effet

Les modifications apportées au règlement du régime d'assurance maladie des allocataires par l'article 1^{er} ci-dessus s'appliqueront aux frais engagés à compter du 1^{er} juillet 2006 ; celles des articles 3 et 4 prendront effet au 1^{er} juillet 2006.

Fait à Paris, le 23 juin 2006.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

RÈGLEMENT DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

(16 janvier 1984, mis à jour au 1^{er} juillet 2006) (1)

Article 1^{er}

Champ d'application, obligations des assurés

Les allocataires des institutions professionnelles de retraite IRPESA, IRCASA et CREPPSA peuvent demander pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour ceux de leur conjoint et de leurs enfants qui sont à charge, à adhérer au régime de prévoyance collective, objet du présent règlement. Ce faisant, ils s'engagent à satisfaire aux obligations qui leur incombent aux termes des dispositions ci-après.

Le bulletin d'adhésion, fourni par B2V à cet effet, doit être retourné à l'organisme gestionnaire au plus tard dans les 6 mois de la proposition d'adhésion.

Tout refus d'adhésion est définitif.

Les personnes couvertes par l'adhésion sont dénommées ci-après « les assurés ».

Article 2

Administration du régime

B2V, agissant pour le compte des institutions IRPESA, IRCASA et CREPPSA, passe avec un groupement d'assureurs tout contrat, convention ou acte nécessaire à la mise en œuvre du régime objet du présent règlement.

Article 3

Garanties

Les assurés visés à l'article 1^{er} qui perçoivent de la sécurité sociale des remboursements au titre des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation ont droit, dans les conditions ci-après définies, à des prestations complémentaires à celles de la sécurité sociale.

a) Le régime comporte les cinq niveaux de garanties définis en annexe au présent règlement et dénommés respectivement : formule 1, formule 1 *bis*, formule 2, formule 3, formule 4.

b) Le choix de la formule est fait par chacun des assurés au moment de son adhésion. Il est définitif.

(1) Compte tenu des protocoles d'accord modificatifs des 21 décembre 1990, 17 septembre 1991, 12 octobre 1994, 30 octobre 1996, 5 décembre 1997, 11 décembre 2000, 22 novembre 2001, 24 juin 2002, 28 décembre 2005 et 23 juin 2006.

c) Le montant des remboursements, déterminé conformément à la formule choisie est, dans tous les cas, limité aux frais réellement engagés.

d) En application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, pour les actes effectués par les médecins (y compris les radiologues et les stomatologues) et les frais d'hospitalisation, ne sont pas remboursés :

- les majorations de participation prévues par les articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

e) Sont exclues des garanties les conséquences des faits généralement retenus comme cas d'exclusion dans les contrats de cette nature, ces cas étant expressément visés dans les documents prévus à l'article 2 ci-dessus.

Article 4

Montant des primes

La prime annuelle par personne assurée est fixée par les assureurs après consultation du conseil d'administration de la CREPPSA. Son montant est révisé annuellement.

Article 5

Paiement des primes

B2V est chargée, pour le compte des assurés, du versement des primes à l'organisme gestionnaire.

A cet effet, elle dispose d'une délégation écrite des allocataires pour effectuer, sur les arrérages de retraite qui leur sont versés par les institutions adhérentes à B2V, le précompte des primes dues par l'allocataire tant pour lui-même que pour les autres membres assurés de sa famille, selon les modalités définies dans le bulletin d'adhésion au régime.

Article 6

Versement des prestations

Les prestations sont versées à l'allocataire assuré.

Article 7

Déclaration tardive

Les dossiers de remboursement maladie sont soumis aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 du code des assurances.

Ceux qui seront transmis postérieurement ne donneront lieu à aucun remboursement.

Article 8

Examen des comptes du régime

Un rapport détaillé des résultats du régime d'assurance maladie des allocataires de l'exercice précédent est présenté chaque année à la commission technique et au conseil d'administration de la CREPPSA avant la fin du mois d'octobre.

Le rapport est complété d'une analyse prospective des résultats probables de l'exercice en cours.

Ce rapport et cette analyse sont simultanément adressés aux organisations syndicales représentatives dans la branche.

Article 9

Renonciation

L'allocataire assuré a la faculté de renoncer au régime par lettre recommandée adressée à B2V et prenant effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant. Cette renonciation est définitive, elle entraîne la radiation à cette date de l'allocataire lui-même et des membres de sa famille.

La radiation d'un membre de la famille autre que l'allocataire ne constitue pas une renonciation au sens de l'alinéa ci-dessus.

Article 10

Clause de révision

Le présent règlement est établi en considérant les caractéristiques générales actuellement en vigueur des prestations servies au titre du régime général de la sécurité sociale. Dans le cas où interviendraient des modifications substantielles de ce dernier de nature à affecter soit l'équilibre financier, soit l'économie du présent régime, les organisations signataires de la convention de retraites et de prévoyance du personnel des sociétés d'assurances en date du 5 mars 1962 se réuniraient aussitôt afin d'examiner la situation nouvelle ainsi créée et d'apporter, le cas échéant, au présent règlement, les modifications nécessaires.

Article 11

Clause de sauvegarde

Si les ressources du régime s'avéraient insuffisantes pour assumer la charge du service des prestations de prévoyance prévues, les garanties de celui-ci seraient, après examen de la situation par les parties signataires, et à défaut d'une autre solution, réduites proportionnellement dès l'exercice suivant, à l'exception des consultations et visites des médecins, des médicaments remboursés à 65 % par la sécurité sociale, des analyses et des prestations de prévention (1) mentionnées dans l'annexe au présent règlement.

Article 12

Durée, dénonciation, révision

Le présent règlement est établi pour une durée d'un an.

Il se renouvellera par tacite reconduction et par période annuelle, sauf dénonciation par une des 2 parties signataires 6 mois au moins avant l'expiration d'une période annuelle.

Le présent règlement pourra être révisé chaque année à la demande d'une des organisations signataires.

(1) Conformément au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Article 13

Date d'effet

Le présent règlement a pris effet le 1^{er} janvier 1984, sous réserve des aménagements intervenus ultérieurement.

ANNEXE

Application de l'article 3 a dudit règlement tel que modifié par les accords des 17 septembre 1991, 12 octobre 1994, 24 juin 2002, 28 décembre 2005 et 23 juin 2006

Formule 1

[illegible]

NB :

a) Le forfait journalier hospitalier n'est pas remboursé.

b) Pour les personnes exonérées du ticket modérateur (TM), ce barème ouvre des droits à dépassement ; le pourcentage de remboursement du barème s'applique alors au tarif de convention de la sécurité sociale.

Formule 1 bis

Garanties de la formule 1 avec, en plus, remboursement intégral du ticket modérateur pour les dépenses suivantes : pharmacie et auxiliaires médicaux.

Formule 2

Garanties de la formule 1 *bis* avec, en plus, remboursement intégral du ticket modérateur pour les dépenses suivantes : actes de spécialités, radiologie et soins dentaires.

Formule 3

Garanties de la formule 2 améliorées sur les points suivants :

- la limite du remboursement complémentaire des prothèses dentaires est portée à 250 % des prestations de la sécurité sociale (au lieu de 160 %) ;
- la limite du remboursement complémentaire d'optique-lunetterie est de 4,5 % de la valeur du plafond mensuel de cotisation à la sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année où les frais sont engagés (au lieu de 325 % des prestations de la sécurité sociale).

Formule 4

Garanties de la formule 3 améliorées sur les points suivants :

- la limite du remboursement complémentaire des prothèses dentaires est de 17 % de la valeur du plafond mensuel de cotisation à la sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année où les frais sont engagés ou de 6,5 % de ce même plafond en cas d'appareil (au lieu de 250 % des prestations de la sécurité sociale) ;
- la limite du remboursement complémentaire des autres prothèses et de l'orthopédie est portée à 200 % des prestations de la sécurité sociale (au lieu de 160 %) ;
- la limite du remboursement complémentaire d'optique-lunetterie est de 15 % de la valeur du plafond mensuel de cotisation à la sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année où les frais sont engagés (au lieu de 4,5 %) ;
- le forfait journalier hospitalier est remboursé.