

Brochure n° 3265

Convention collective nationale
IDCC : 1672. – SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

ACCORD DU 8 NOVEMBRE 2010
RELATIF À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ACTION SOCIALE

NOR : ASET1150683M

IDCC : 1672

Vu le règlement du régime d'assurance maladie des allocataires en date du 16 janvier 1984 (mis à jour au 1^{er} janvier 2010) ;

Vu l'article 14 du protocole d'accord du 14 décembre 2009 concernant, notamment, ledit régime ;

Vu le protocole d'accord du 14 décembre 2009 relatif à l'action sociale de l'association « CREPSA action sociale »,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Conformément à l'engagement résultant du protocole d'accord du 14 décembre 2009, les partenaires sociaux se sont réunis en groupe de travail paritaire durant le premier semestre 2010 afin d'examiner les pistes d'adaptation et d'évolution du régime d'assurance maladie des allocataires.

Les réflexions menées au sein dudit groupe de travail ont conduit les partenaires sociaux à :

- examiner les conditions d'application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (dite loi Evin) eu égard aux évolutions jurisprudentielles ;
- examiner les raisons du manque d'attractivité du régime et les modalités visant à y remédier ;
- mieux prendre en compte les besoins ainsi que les ressources des retraités.

A l'issue de ces travaux, la commission paritaire professionnelle s'est réunie les 5 juillet, 6 septembre et 8 novembre 2010 et a convenu des dispositions ci-après qui permettent, d'une part, de proposer aux retraités une gamme de formules mieux adaptées, l'une d'entre elles offrant des garanties similaires à celles du régime de prévoyance des salariés en activité dans le respect de la tarification prévue par le décret du 30 août 1990 pris pour l'application de l'article 4 de la loi Evin, d'autre part, d'élargir les conditions de prise en charge totale ou partielle de la prime du RAMA par les fonds de la « CREPSA action sociale ».

Ces évolutions s'inscrivent dans une dynamique renouvelée du régime d'assurance maladie des allocataires. L'introduction de formules plus adaptées aux attentes des anciens salariés de la profession constitue le gage d'un renforcement de l'attractivité du régime conformément aux souhaits des partenaires sociaux.

Trois objectifs apparaissent essentiels aux partenaires sociaux :

- la dynamisation du contrat et le renforcement de son attractivité auprès des nouveaux retraités, ce qui suppose de lui donner une meilleure lisibilité. Partant, plusieurs déclinaisons de cet objectif doivent être examinées :
 - la diminution du nombre de formules, qui constitue une étape indispensable ;
 - l'équilibre financier à moyen terme afférent à cette diminution ;
 - l'effort à fournir pour améliorer la connaissance du régime auprès des actifs ;
- la juste évaluation du montant du fonds social de la « CREPSA action sociale » nécessaire pour garantir, dans les années à venir, la prise en charge partielle des primes des assurés non imposables, ainsi que les critères optimaux d'intervention en faveur des retraités, notamment au regard de leur ancienneté dans la profession ;
- un contrôle paritaire effectif des évolutions tarifaires du RAMA, ainsi que des garanties proposées aux assurés. Cette mission sera confiée à l'ASARPA.

Un groupe de travail paritaire se réunira avant le 30 juin 2011 pour proposer des solutions opérationnelles et pérennes au regard de ces objectifs.

CHAPITRE I^{er}

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES (RAMA)

Article 1^{er}

Deux nouveaux niveaux de garanties, dénommés respectivement « Formule 2 *bis* » et « Formule 5 », sont créés au sein du régime d'assurance maladie des allocataires.

Article 2

Il est introduit, dans le règlement du régime, en faveur des assurés adhérant au RAMA à compter du 1^{er} janvier 2011, la possibilité de changer de formule de garanties.

Cette faculté peut être exercée tous les 5 ans en adressant à B2V une lettre recommandée avec avis de réception avant le 1^{er} juillet d'une année pour prendre effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 3

Le règlement du RAMA figurant en annexe au présent accord tient compte des dispositions résultant des articles 1^{er} et 2 ci-dessus.

Article 4

Les assurés ayant adhéré au RAMA antérieurement au 1^{er} janvier 2011 ont la possibilité, à compter de cette date, de changer de formule de garanties dès que leur durée d'affiliation à ce régime est au moins égale à 3 ans. En cas de changement d'option pour la formule 2 *bis*, cette durée est réduite à 1 an.

A cet effet, ils devront adresser à B2V une lettre recommandée avec avis de réception avant le 1^{er} juillet d'une année pour prendre effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

A titre transitoire, et jusqu'au 1^{er} juillet 2011, les assurés ayant adhéré au RAMA au cours de l'année 2010 peuvent opter pour la formule 2 *bis* ou 5 avec un préavis de 3 mois. La procédure de notification à B2V se fait par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 5

Il est rappelé que, conformément à l'article 4 du règlement du régime, la prime annuelle par personne assurée est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives.

Le montant des primes peut être révisé annuellement.

Une compensation financière peut exister entre formules, à condition qu'elle ne soit pas supérieure à 15 % des ressources d'une formule créditrice.

Le montant des primes du RAMA pour l'année 2011 est de :

(En euros.)

FORMULE de garanties	MONTANT de la prime annuelle RAMA pour 2011
F1	450
F1 <i>bis</i>	632
F2	796
F2 <i>bis</i> ⁽¹⁾ :	
– de 60 à 65 ans	469
– de 66 à 69 ans	570
– de 70 à 74 ans	660
– de 75 à 79 ans	740
– à compter de 80 ans	830
F3	880
F4	1 080
F5	1 344
⁽¹⁾ Le montant de la prime annuelle est déterminé en fonction de l'âge de l'assuré apprécié au 1 ^{er} janvier de l'année. L'assuré âgé d'au moins 66 ans, souscrivant la formule 2 <i>bis</i> lors de son adhésion au RAMA, bénéficie, pendant 1 an, du montant de la prime fixé pour les assurés âgés de 60 à 65 ans inclus.	

Article 6

Le BCAC lancera un appel d'offres auprès des organismes ayant mis en place une plate-forme de services pour examiner les conditions dans lesquelles il pourrait être proposé, aux assurés ayant opté pour la formule 5, l'accès à un tel dispositif.

Article 7

Les dispositions des articles 1^{er} à 6 ci-dessus prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2011.

CHAPITRE II

ACTION SOCIALE DE L'ASSOCIATION « CREPSA ACTION SOCIALE »

Article 8

Les dispositions de l'article 1.3, du protocole d'accord du 14 décembre 2009 relatif à l'action sociale de l'association « CREPSA action sociale » sont modifiées comme suit :

« 3. Prendre en charge partiellement la prime due par les retraités au titre du régime d'assurance maladie des allocataires (RAMA).

Cette participation annuelle est accordée aux retraités remplissant les trois conditions suivantes :

- être affilié à une institution du groupe B2V au titre d'une activité salariée dans une société d'assurances au moment du départ à la retraite ;

- réunir 20 années minimum d'activité dans une ou plusieurs sociétés d'assurances ;
- ne pas être imposable à l'impôt sur le revenu.

Le montant de cette prise en charge est fixé à :

(En euros.)

FORMULE de garanties	MONTANT de la participation annuelle à la prime RAMA
F1	200
F1 <i>bis</i>	252
F2	252
F2 <i>bis</i> :	
– de 60 à 65 ans	200
– à compter de 66 ans	252
F3	252
F4	252
F5	252

Article 9

Les dispositions de l'article 8 ci-dessus seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2011.

Fait à Paris, le 8 novembre 2010.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FFSA ;
GEMA.

Syndicats de salariés :

FS CFDT (branche assurances) ;
Fédération de l'assurance CFE-CGC ;
SNAATAM CFE-CGC ;
SNCAPA CFE-CGC ;
SNCSA CFE-CGC ;
SNIA CFE-CGC ;
CSFV CFTC.

ANNEXE

RÈGLEMENT DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

16 JANVIER 1984

(MIS À JOUR AU 1^{ER} JANVIER 2011) ⁽¹⁾

Article 1^{er}

Champ d'application. – Obligations des assurés

Les retraités :

- allocataires des institutions de retraite CIRESA, IRICASA et CREPSA ;
- ayant exercé des fonctions relevant des conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993,

peuvent demander pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint et leurs enfants 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

L'association de surveillance des activités retraite et prévoyance assurances (ASARPA) est chargée, pour l'application du présent règlement, de passer tous contrats, conventions ou actes nécessaires avec un groupement d'assureurs.

Article 3

Garanties

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

a) Le régime comporte les sept niveaux de garanties définis en annexe au présent règlement et dénommés respectivement : formule 1, formule 1 *bis*, formule 2, formule 2 *bis*, formule 3, formule 4, formule 5.

b) Le choix de la formule est fait par chacun des assurés au moment de son adhésion. Il peut être modifié dans les conditions prévues à l'article 9.

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

(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, 23 juin 2006, 18 juin 2008, 20 octobre 2008, 19 juin 2009, 14 décembre 2009 et 8 novembre 2010.

d) En application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale :

1. 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 ;

2. La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge.

Article 4

Montant des primes

La prime annuelle par personne assurée est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives. Son montant est révisé annuellement.

Une compensation financière peut exister entre les formules à condition qu'elle ne soit pas supérieure à 15 % des ressources d'une formule créditrice.

Article 5

Paielement des primes

La prime est payable trimestriellement d'avance et prélevée sur le compte bancaire de l'assuré ⁽¹⁾.

Article 6

Versement des prestations

Les prestations sont versées à l'allocataire assuré.

Article 7

Déclaration tardive

Les dossiers de remboursement de frais 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

Le conseil d'administration de l'ASARPA examine annuellement, avant le 31 octobre, un rapport détaillé des résultats du régime d'assurance maladie des allocataires de l'exercice précédent, ainsi qu'une prospective des résultats probables de l'exercice en cours.

Ces documents lui sont adressés par l'organisme gestionnaire du régime 15 jours au moins avant la réunion concernée du conseil d'administration.

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

(1) Pour les assurés ayant adhéré au régime antérieurement au 1^{er} janvier 2010, B2V est chargé, pour leur compte, du versement des primes à l'organisme gestionnaire.

A cet effet, il 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 des modalités qui ont été définies dans le bulletin d'adhésion au régime.

Article 9

Changement de formule de garanties

Les assurés ont la possibilité, tous les 5 ans, de changer de formule de garanties en adressant à B2V une lettre recommandée avec avis de réception.

Ce changement devra s'exercer avant le 1^{er} juillet d'une année pour prendre effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 10

Renonciation

L'allocataire assuré a la faculté de renoncer au régime par lettre recommandée avec avis de réception 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 11

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.

L'alinéa qui précède n'interdit pas à ces organisations signataires de convenir d'apporter, à tout moment, au présent règlement, toutes modifications qui leur paraîtraient nécessaires.

Article 12

Durée. – Dénonciation. – Révision

Le présent règlement est établi pour une durée de 1 an.

Il se renouvellera par tacite reconduction et par période annuelle, sauf dénonciation par une des deux 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.

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, 23 juin 2006 et 8 novembre 2010

(En euros.)

	FORMULE 1	FORMULE 1 B/S	FORMULE 2	FORMULE 2 B/S	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
Consultation de généraliste				20,96			200 % de la BR de la SS
Consultation de spécialiste				41,92			200 % de la BR de la SS
Consultation de professeur				62,88			250 % de la BR de la SS
Visite de généraliste	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	25,15	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Visite de spécialiste				50,30			200 % de la BR de la SS
Visite de professeur				75,46			250 % de la BR de la SS
Visite de nuit				52,40			250 % de la BR de la SS
Visite du dimanche				39,82			250 % de la BR de la SS
Pharmacie à 65 %	30 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS
Pharmacie à 35 %	10,15 % de la BR de la SS	65 % de la BR de la SS	65 % de la BR de la SS	21 % de la BR de la SS	65 % de la BR de la SS	65 % de la BR de la SS	65 % de la BR de la SS
Pharmacie à 15 %				21 % de la BR de la SS			85 % de la BR de la SS

	FORMULE 1	FORMULE 1 B/S	FORMULE 2	FORMULE 2 B/S	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
Analyses	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Auxiliaires médicaux	16,20 % de la BR de la SS	40 % de la BR de la SS	40 % de la BR de la SS	25 % de la BR de la SS	40 % de la BR de la SS	40 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Actes chirurgicaux de ville	73,50 % de la BR de la SS	73,50 % de la BR de la SS	73,50 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	73,50 % de la BR de la SS	73,50 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Actes de spécialités	18,90 % de la BR de la SS	18,90 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la S	200 % de la BR de la SS
Radiologie	18,90 % de la BR de la SS	18,90 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	175 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Soins dentaires :							
– inlay onlay	18,90 % de la BR de la SS	18,90 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	10 % du PMSS par dent
– autres soins	18,90 % de la BR de la SS	18,90 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	35 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Actes de stomatologie	18,90 % de la BR de la SS	18,90 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	392 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	392 % de la BR de la SS
Prothèses dentaires	112 % de la BR de la SS	112 % de la BR de la SS	112 % de la BR de la SS	140 % de la BR de la SS	175 % de la BR de la SS	17 % du PMSS	17 % du PMSS*
Implants dentaires	-	-	-	-	-	-	30 % du PMSS* (limité à 2 dents par an)

	FORMULE 1	FORMULE 1 B/S	FORMULE 2	FORMULE 2 B/S	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
Appareils dentaires	112 % de la BR de la SS	112 % de la BR de la SS	112 % de la BR de la SS	140 % de la BR de la SS	175 % de la BR de la SS	6,5 % du PMSS avec un minimum de 175 % de la BR de la SS	Appareil de 1 à 5 dents : 30 % du PMSS**. Appareil de 6 à 10 dents : 40 % du PMSS**. Appareil de plus de 10 dents : 50 % du PMSS**
Audioprothèses	104 % de la BR de la SS	104 % de la BR de la SS	104 % de la BR de la SS	130 % de la BR de la SS	104 % de la BR de la SS	130 % de la BR de la SS	30 % du PMSS. Remboursement limité à 2 prothèses par an
Autres prothèses et orthopédie :							
– petit appareillage	104 % de la BR de la SS	104 % de la BR de la SS	104 % de la BR de la SS	130 % de la BR de la SS	104 % de la BR de la SS	130 % de la BR de la SS	130 % de la BR de la SS
– grand appareillage	160 % de la BR de la SS	160 % de la BR de la SS	160 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	160 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
Optique – lunetterie	211,25 % de la BR de la SS (1)	211,25 % de la BR de la SS (1)	211,25 % de la BR de la SS (1)	325 % de la BR de la SS (1)	4,5 % du PMSS (1)	15 % du PMSS (1)	Monture : 8 % du PMSS Verres : 15 % du PMSS (1) Remboursement limité à 1 équipement par an
Cataracte	-	-	-	250 € par œil	-	-	250 € par œil

	FORMULE 1	FORMULE 1 B/S	FORMULE 2	FORMULE 2 B/S	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
Hospitalisation :							
– frais de séjour	20 % de la BR de la SS	20 % de la BR de la SS	20 % de la BR de la SS	20 % de la BR de la SS	20 % de la BR de la SS	20 % de la BR de la SS	20 % de la BR de la SS
– actes chirurgicaux	84 % de la BR de la SS	84 % de la BR de la SS	84 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	84 % de la BR de la SS	84 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
– actes chirurgicaux exonérés de TM	105 % de la BR de la SS	105 % de la BR de la SS	105 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	105 % de la BR de la SS	105 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS
– chambre particulière	16,72 € par jour	16,72 € par jour	16,72 € par jour	40 € par jour	16,72 € par jour	16,72 € par jour	2,5 % du PMSS par jour
– forfait journalier hospitalier	-	-	-	-	-	Pris en charge	Pris en charge
Transport médical	-	-	-	130 % de la BR de la SS	-	-	130 % de la BR de la SS
Transport médical exonéré de TM	-	-	-	200 % de la BR de la SS	-	-	200 % de la BR de la SS
Prestations de prévention (2) :							
– ostéodensitométrie (3)	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	175 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	175 % de la BR de la SS
– dépistage des troubles de l'audition (4)	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	200 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS	30 % de la BR de la SS
Risques exclus	Cure thermique	Cure thermique	Cure thermique	Cure thermique	Cure thermique	Cure thermique	Cure thermique

	FORMULE 1	FORMULE 1 B/S	FORMULE 2	FORMULE 2 B/S	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
<p>*Remboursements cumulés limités à 1 800 € par an.</p> <p>(1) Y compris les lentilles acceptées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Conformément au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(3) Remboursement pour les femmes de plus de 50 ans dans la limite d'un acte tous les 6 ans.</p> <p>(4) Remboursement pour un des actes suivants et dans la limite d'un acte tous les 5 ans pour les personnes âgées de plus de 50 ans : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.</p> <p>Lexique :</p> <p>BR = base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>SS = sécurité sociale.</p> <p>PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>TM = ticket modérateur.</p>							