

**Convention collective départementale**

**IDCC : 2221. – MENSUELS DES INDUSTRIES DES MÉTAUX  
(Isère et Hautes-Alpes)  
(13 septembre 2001)**

*(Bulletin officiel n° 2002-2 bis)*

*(Etendue par arrêtés du 8 avril 2003 et du 11 mai 2004,  
Journal officiel du 19 avril 2003 et du 22 mai 2004)*

---

**AVENANT DU 19 OCTOBRE 2011**

**RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1151476M

IDCC : 2221

---

**PRÉAMBULE**

Dans le prolongement de leurs efforts antérieurs pour promouvoir un dialogue social de qualité au bénéfice des entreprises et de leurs salariés, les parties signataires ont souhaité compléter le régime de prévoyance incapacité, invalidité et décès, figurant à l'article 47 de la convention collective.

Le présent avenant a pour objectif de mettre en place un régime conventionnel minimal de prise en charge complémentaire des frais de santé, accessible aux salariés mensuels de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Objet de l'avenant*

Les dispositions du présent avenant définissent le régime conventionnel de remboursement des frais de santé obligatoire pour les salariés visés à l'article 3.1 l'exception de ceux visés à l'article 3.2.

Elles répondent aux objectifs suivants :

- permettre aux salariés visés à l'article 3.1 l'accès à des garanties de protection sociale complémentaire ;
- mutualiser, au niveau professionnel, le risque maladie et les frais qui peuvent en découler afin de faciliter la mise en place de tels régimes au niveau des entreprises relevant de la présente convention collective, et ce, sans considération notamment de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés.

Le présent régime mis en place respecte les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable et notamment les dispositions légales concernant :

- la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004, ayant posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France ;
- les décrets des 29 septembre 2005 et 1<sup>er</sup> août 2007 ;
- l'arrêté du 8 juin 2006, fixant les actes de prévention qualifiants pour le contrat responsable.

## **Article 2**

### *Champ d'application du régime de complémentaire santé*

Le présent régime s'applique aux salariés mensuels visés à l'article 3.1 ci-après dans les entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention collective territoriale étendue des mensuels de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes du 13 septembre 2001. Il vise à couvrir les frais de santé engagés par les salariés concernés à titre obligatoire, à compter de l'entrée en vigueur du présent régime. Pour les sociétés créées postérieurement, l'adhésion s'effectuera à la date de leur inscription au registre du commerce et des sociétés.

Les cadres positionnés, relevant de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la métallurgie du 13 mars 1972 modifiée ne sont pas concernés par les dispositions développées ci-après.

## **Article 3**

### *Bénéficiaires de la garantie*

### **Article 3.1**

#### *Bénéficiaires à titre obligatoire*

Les salariés mensuels, titulaires d'un contrat de travail avec une entreprise entrant dans le champ d'application de la convention collective précitée, et bénéficiant d'une ancienneté minimale de 6 mois bénéficient obligatoirement de la couverture de base conventionnel. Toutefois, les salariés qui peuvent justifier des cas dérogatoires prévus à l'article 3.2 peuvent être dispensés d'affiliation obligatoire s'ils le demandent.

### **Article 3.2**

#### *Cas dérogatoires*

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire, à leur initiative et sous réserve de fournir à leur employeur les justificatifs correspondants :

a) Les salariés qui se trouvent dans les cas suivants lors de la mise en place du présent régime conventionnel dans leur entreprise :

- salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si le salarié ne peut pas le résilier par anticipation). Le salarié concerné doit apporter à son employeur la preuve de l'assurance individuelle souscrite ;
- salariés déjà couverts à titre obligatoire (ex : salariés couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint). Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

b) Les salariés qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 6 mois qui demandent à être dispensés d'affiliation doivent le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs ;
- salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si le salarié ne peut pas le résilier par anticipation) ;
- salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples). Le salarié doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture dont il bénéficie par ailleurs ;
- salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et apprentis n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la part de cotisation qu'ils devraient acquitter est au moins égale à 10 % de leur rémunération.

Pour l'application de ces cas dérogatoires, et en conformité avec la réglementation en vigueur, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'affiliation à la garantie frais de santé et devra dans tous les cas, se faire remettre, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la proposition d'affiliation, un écrit signé par chacun des salariés concernés, accompagné des éventuels justificatifs nécessaires stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus.

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime obligatoire de couverture des frais de santé. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette affiliation est alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

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

#### **Article 4**

##### *Garanties facultatives*

#### **Article 4.1**

##### *Garanties additionnelles proposées en option*

##### *a) Principe*

Chaque salarié peut améliorer sa couverture frais de santé en optant pour un niveau supérieur de remboursement avec les formules « Additionnel 1 » ou « Additionnel 2 » détaillées dans l'annexe du présent avenant.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié au-delà du minimum conventionnel est à la charge exclusive de ce dernier.

Toutefois, l'employeur pourra négocier au sein de son entreprise les conditions d'une éventuelle participation financière à la couverture complémentaire santé des ayants-droits de ses salariés. Dans ce cas, il est rappelé que la participation financière de l'employeur au-delà du régime obligatoire des salariés est soumise à charges sociales et doit être intégrée dans l'assiette du salaire imposable du salarié, en application des règles fiscales et sociales en vigueur à la date de signature du présent avenant.

##### *b) Mode de fonctionnement des extensions de garantie*

L'extension de garantie prend effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au présent régime lorsque la demande est faite concomitamment ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'extension par l'organisme désigné.

Lorsque le salarié a adhéré à l'extension de garantie, tout changement de formule à la hausse ou à la baisse ne pourra intervenir qu'après un minimum de 2 années dans l'une des formules « additionnel 1 » ou « additionnel 2 ». Le changement prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme désigné au moins 2 mois avant la fin de l'année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toutefois, en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, Pacs, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle du conjoint (embauche, licenciement, changement de statut salarié...), la durée minimum de 2 années est levée et le changement de formule interviendra le premier jour du trimestre civil suivant la demande formulée auprès de l'organisme désigné dans les mêmes conditions que prévues ci-dessus.

Tout changement de garantie concernera le salarié et l'ensemble de ses ayants droit affiliés par extension facultative telle que prévue à l'article 4.2 ci-après.

En cas de résiliation de l'extension de garantie, aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée durant une période de 4 ans, sauf changement de situation de famille ou de situation professionnelle du conjoint tels que définis ci-dessus.

## **Article 4.2**

### *Extension des garanties aux ayants droit du salarié*

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié. Cette extension porte sur le même niveau de garantie que celui choisi par le salarié : « de base », ou « additionnel 1 » ou « additionnel 2 ».

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- son conjoint ;
- ses enfants.

La notion de conjoint et enfants à charge est définie respectivement aux articles 5.1 et 5.2 du présent avenant.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- à la date de l'évènement en cas de demande d'affiliation suite à mariage, Pacs, concubinage ou en cas de naissance ou d'adoption ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme désigné de la demande d'extension, dans les autres cas que ceux prévus ci-dessus.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

En cas de désaffiliation du conjoint et/ou des enfants, aucune nouvelle demande d'affiliation ne sera acceptée durant un délai de 4 ans, sauf changement de situation de famille ou de situation professionnelle du conjoint tels que définis à l'article 4.1 ci-dessus.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié.

Toutefois, l'employeur pourra négocier au sein de son entreprise les conditions d'une éventuelle participation financière à la couverture complémentaire santé des ayants droit de ses salariés. Dans ce cas, il est rappelé que la participation financière de l'employeur au-delà du régime obligatoire des salariés est soumise à charges sociales et doit être intégrée dans l'assiette du salaire imposable du salarié, en application des règles fiscales et sociales en vigueur à la date de signature du présent avenant.

## **Article 5**

### *Définition du conjoint et des enfants à charge*

## **Article 5.1**

### *Conjoint*

Est considéré comme conjoint :

- l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le concubin du salarié au sens de l'article 515-8 du code civil, lorsqu'à la date de la demande d'affiliation, le concubin peut justifier d'une communauté de vie d'au moins 2 ans et/ou qu'un

enfant commun soit né de leur union. Le (la) concubin(e) n'est pas assimilé(e) au conjoint lorsque l'un ou l'autre des concubins est par ailleurs marié à un tiers ou lié à un tiers par un pacte civil de solidarité.

## **Article 5.2**

### *Enfants à charge*

Sont à charge, les enfants répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation sécurité sociale et, par extension ;
- les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
  - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
  - les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
  - pris en compte dans le calcul du quotient familial ;
  - ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
  - ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

## **Article 6**

### *Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé*

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties comme ayants droit du salarié décédé, sous réserve d'avoir été inscrites au régime à la date du décès du salarié.

Les intéressés sont tenus de justifier qu'ils ont droit aux prestations en nature de la sécurité sociale et/ou qu'ils répondent à l'une des conditions ci-dessus à la date de cessation des garanties. Ils doivent en faire la demande auprès de l'organisme désigné dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou la date de fin des droits au dispositif de portabilité prévu à l'article 7, le cas échéant.

Le maintien se fait sans condition de durée.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent régime au profit des salariés.

Une demande d'adhésion individuelle doit être complétée et signée par le bénéficiaire concerné.

## **Article 7**

### *Portabilité des droits*

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, modifié par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009.

En cas de cessation du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien des garanties exposées dans le présent article.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, dont la date est égale ou postérieure à la date de prise d'effet du présent avenant, sauf poursuite des droits à portabilité ouverts chez un assureur précédent.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf les stipulations particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par la convention collective ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque le salarié renonce au maintien de ses droits, cette renonciation est définitive et concerne automatiquement l'ensemble des garanties collectives dont il bénéficiait dans l'entreprise. Il doit le notifier expressément par écrit à son ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Cette renonciation qui est définitive doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les 10 jours suivants la date de cessation du contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur désigné.

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'employeur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement.

En cas de révision de la cotisation des salariés en activité, la cotisation des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité sera révisée dans les mêmes conditions.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les cotisations salariales finançant le régime de base obligatoire seront payées par le biais d'un précompte effectué sur le solde de tout compte. Les cotisations finançant les améliorations et/ou l'adhésion des ayants droits resteront payées directement par l'ex-salarié.

Cette quote-part sera cependant remboursée, sur présentation de justificatifs par le salarié, en tout ou partie, en cas de reprise d'une activité professionnelle avant la fin de la période de portabilité, mettant fin à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

## **Article 8**

### *Tableau des garanties*

Les garanties du présent régime, prévues en annexe au présent avenant, sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans les tableaux de garanties.

La date des soins prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ou celle mentionnée sur les factures pour les actes ne donnant pas lieu à remboursement de la part de la sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées en complément des remboursements des régimes de base de la sécurité sociale et sont présentées dans les tableaux annexés au présent avenant selon trois niveaux de remboursements :

- régime « de base » conventionnel (obligatoire) ;
- régime « additionnel 1 » (facultatif) ;
- régime « additionnel 2 » (facultatif).

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées.

## **Article 9**

### *Exclusions*

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais de soins :

- engagés hors de France. Toutefois, si la caisse de sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par les organismes désignés sur la base de remboursement utilisé par la sécurité sociale et selon les garanties couvrant le bénéficiaire concerné ;
- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale, sauf ceux prévus expressément dans les tableaux de garantie ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique.

Sont également exclus des remboursements du présent régime :

- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.



## **Article 10**

### *Conditions de suspension des garanties*

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières de la sécurité sociale. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime « de base » conventionnel et le cas échéant, le salarié s'acquittera de la cotisation correspondant aux régimes « additionnel 1 » ou « additionnel 2 » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient au dernier jour du mois de la date de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme désigné en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par les organismes désignés de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié, via l'entreprise adhérente, au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors du cas de maintien mentionné ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime à la charge exclusive du salarié concerné.

## **Article 11**

### *Conditions de cessation des garanties*

Pour le salarié mensuel et les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires visés par les dispositions prévues à l'article 7 « Portabilité des droits » du présent avenant ;
- à la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie du personnel définie à l'article 3.1 du présent avenant.

Dans tous les cas, les garanties sont maintenues jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel est effectué le dernier précompte de la cotisation salariale.

## **Article 12**

### *Prescription*

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime notamment les demandes de prestations sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale.

## **Article 13**

### *Recours contre les tiers responsables*

En cas de paiement des prestations par les organismes désignés à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, les organismes désignés sont subrogés au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.



## **Article 14**

### *Contrat d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé*

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent avenant, les modalités d'assurance font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans le contrat d'assurance et de gestion administrative du régime conclu entre les signataires du présent avenant et les organismes désignés ci-après.

## **Article 15**

### *Cotisations du régime de base conventionnel*

### **Article 15.1**

#### *Montant et répartition de la cotisation*

Les cotisations prévues en annexe au présent avenant sont établies sur la base de la réglementation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime.

Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La charge de cotisation relative au seul régime conventionnel obligatoire résultant du présent avenant, dont bénéficie le salarié, est répartie comme suit :

- 50 % pour l'employeur ;
- 50 % pour le salarié.

Les cotisations afférentes aux garanties facultatives (additionnelles et extension conjoint – enfant) sont entièrement à la charge du salarié, ou de son conjoint.

Néanmoins, les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective peuvent mettre en place à leur initiative et dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- une répartition plus favorable au salarié pour la couverture du régime minimum conventionnel ;
- un régime obligatoire en complément du régime minimum conventionnel, reprenant le contenu d'un des régimes additionnels avec des modalités de contributions différentes de celles du régime conventionnel. Dans ce cas, le montant de cotisation à la charge de l'employeur sera nécessairement plus élevé que celui prévu par le présent régime minimum conventionnel.

Les montants des cotisations sont présentés dans les tableaux annexés au présent avenant.

Sauf nouveau prélèvement d'ordre public imposé par voie législative ou réglementaire, et en plein accord avec les institutions désignées, la cotisation afférente aux tableaux des garanties figurant en annexe, pour les garanties de base dont bénéficie chaque salarié affilié, demeurera inchangée en euros du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014.

### **Article 15.2**

#### *Indexation des cotisations*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sous réserves de reconduction du régime et au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année au-delà de cette date, les cotisations seront indexées par l'application d'un taux qui dépend :

- du dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice ;
- des résultats des régimes de base et optionnels.

### **Article 15.3**

#### *Obligation des entreprises adhérentes, adhésion, affiliation et paiement des cotisations*

##### *a) Adhésion, affiliation*

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise concernée devra retourner à l'organisme désigné le bulletin d'adhésion, qui lui aura été adressé par ledit organisme, dûment complété, daté et signé.

Elle devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie à l'article 3.1, sauf cas dérogatoires prévues à l'article 3.2.

L'entreprise devra remettre à chaque salarié concerné la notice d'information établie et délivrée par l'organisme désigné afin de lui faire connaître ses droits et obligations, ainsi que les caractéristiques du présent régime.

Elle devra fournir un état récapitulatif complet du personnel concerné comprenant notamment, pour chacun des salariés, la situation de famille.

##### *b) Déclarations*

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le salarié servent de base à la mise en œuvre des garanties.

L'organisme désigné pour la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

##### *c) Paiement des cotisations*

Les cotisations du régime obligatoire sont appelées auprès de l'employeur et payables trimestriellement à terme échu.

Les régularisations éventuelles sont effectuées à la fin de chaque année.

L'entreprise adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations du régime de base, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

Les cotisations afférentes aux régimes optionnels, à la charge exclusive du salarié, sont réglées par ce dernier directement à l'organisme désigné.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'organisme désigné pour la gestion envoie à l'entreprise adhérente une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'organisme désigné pourra engager une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

### **Article 16**

#### *Modalités d'adhésion et de mutualisation*

### **Article 16.1**

#### *Organismes désignés*

Sont désignés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé, les organismes suivants :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 35, boulevard Brune, 75014 Paris ;
- APRIONIS Prévoyance (groupe Humanis), institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 141, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff ;
- Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, siège social : 21, rue Lafitte, 75009 Paris.

## **Article 16.2**

### *Obligation d'adhésion et clause de sauvegarde*

Sous réserve de la dérogation ci-dessous, toutes les entreprises relevant de la présente convention collective doivent rejoindre l'un des organismes désignés, au plus tard à la date d'effet du présent avenant pour les adhérents de l'UDIMEC et après extension pour l'ensemble des non-adhérents.

Le choix de l'organisme assureur par la structure fait l'objet au préalable, d'une consultation du comité d'entreprise ou à défaut des délégués du personnel s'ils existent.

Les entreprises en création ainsi que celles n'ayant pas mis en place un régime de couverture complémentaire des frais de santé à la date de signature du présent avenant doivent obligatoirement adhérer au présent régime auprès d'un des organismes désignés.

Par dérogation, les entreprises qui avaient déjà mis en place à la date de signature du présent avenant, au profit des salariés visés à l'article 3.1, un régime obligatoire de couverture des frais de santé, par voie d'accord collectif, de ratification majoritaire ou de décision unilatérale, ne sont pas tenues d'adhérer à l'un des organismes désignés, sous réserve du respect des dispositions prévues par les articles L. 912-1 du code de la sécurité sociale et L. 2253-1 à L. 2253-3 du code du travail. Les entreprises disposeront d'un délai de 6 mois pour procéder aux adaptations éventuellement nécessaires, à compter de la date d'entrée en vigueur du régime conventionnel. Dans tous les cas, la participation financière de l'employeur au régime antérieur, en place dans son entreprise au profit de ses salariés, ne peut être inférieure en valeur à 50 % du montant de la cotisation correspondante au présent régime obligatoire de base (soit 20 € minimum à la date de signature du présent avenant).

## **Article 16.3**

### *Conditions de réexamen de la mutualisation*

Le choix des organismes assureurs désignés peut être modifié par la commission de gestion paritaire, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1<sup>er</sup> janvier après notification audits organismes par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Par ailleurs, conformément à l'article L. 912-1 du code la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder au réexamen des conditions de mutualisation des garanties au plus tard 6 mois avant le terme du présent accord.

## **Article 17**

### *Commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé*

Afin d'assurer un suivi régulier du présent régime, il est créée une commission paritaire de suivi et de gestion, qui sera composée de 2 représentants de chacune des organisations syndicales signataires, et de représentants de l'UDIMEC.

Le rôle de la commission sera notamment de vérifier périodiquement les conditions d'application du présent avenant, des litiges éventuels en résultant, et de procéder au suivi de ses paramètres de fonctionnement, notamment des comptes annuels, suivis statistiques et outils de maîtrise du régime, fournis par les organismes désignés.

## **Article 18**

### *Date d'effet de l'avenant*

Le présent avenant prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2012. L'extension du présent avenant pourra être demandée afin de le rendre applicable, au premier jour du 3<sup>e</sup> mois suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*, à l'ensemble des entreprises relevant de la convention collective.

## **Article 19**

### *Durée. – Révision. – Dénonciation de l'avenant*

Le présent régime est conclu à titre expérimental pour une durée déterminée de 3 ans, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Il pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires avant son terme. La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 6 mois. Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9, L. 2261-10, L. 2261-11, L. 2261-13, L. 2261-14 du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois qui suivent la date de dénonciation.

## **Article 20**

### *Formalités de dépôt*

Sous réserve des dispositions de l'article L. 2232-2 du code du travail, et conformément à son article L. 2231-6, le présent avenant fera l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministère chargé du travail et d'une remise au secrétariat-greffe des conseils des prud'hommes de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Fait à Grenoble, le 19 octobre 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

UDIMEC.

#### **Syndicats de salariés :**

CGT ;

CFDT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC.

## ANNEXE I

### TABLEAUX DES GARANTIES ET COTISATIONS

#### 1. Tableau des garanties du régime de base conventionnel

Garanties exprimées en complément des prestations de la sécurité sociale

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour, salle d'opération	20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	
Chambre particulière	60 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels par jour (dans la limite de la réglementation en vigueur)	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	60 € par jour	
Transport remboursé par la sécurité sociale	35 % de la BR	
<b>Actes médicaux</b>		
Généralistes	30 % de la BR	
Spécialistes	30 % de la BR + 35 % de la BR sur les dépassements	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	30 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	
Actes d'imagerie médicale ADI et d'échographie ADE	30 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	40 % de la BR	
Analyses	40 % de la BR	
<b>Pharmacie remboursée par la sécurité sociale</b>		
Vignette blanche	35 % de la BR	
Vignette bleue	65 % de la BR	
Vignette orange	85 % de la BR	
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlay)	30 % de la BR	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Inlay simple, onlay	30 % de la BR + 200 % de la BR sur les dépassements	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	30 % de la BR + 200 % de la BR sur les dépassements	
Inlay core et inlay à clavettes	30 % de la BR + 200 % de la BR sur les dépassements	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (2)	260 % de la BR (2)	
Implants	Crédit annuel de 300 € par bénéficiaire	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	150 % de la BR	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (2)	250 % de la BR (2)	
<b>Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)</b>		
Prothèses auditives	Crédit annuel de 1 000 € par bénéficiaire	
Orthopédie et autres prothèses	Crédit annuel de 600 € par bénéficiaire	
<b>Optique</b>		
Monture	Crédit annuel par bénéficiaire de 115 €	
Verres	Limité à 2 verres par an et par bénéficiaire	
Verres unifocaux simples	70 € par verre	
Verres unifocaux complexes	100 € par verre	
Verres multifocaux ou progressifs simples	90 € par verre	
Verres multifocaux ou progressifs complexes	150 € par verre	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit annuel par bénéficiaire de 180 € par paire	
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire de 180 € par paire	
Kératotomie	Crédit annuel de 150 € par bénéficiaire	
<b>Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)</b>		
Frais de traitement et honoraires	35 % de la BR	
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250 €	
<b>Maternité</b>		
Naissance d'un enfant déclaré	450 €	
<b>Prévention : prestations de prévention en application du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents</b>		
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum	100 % du ticket modérateur	
Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite		
<b>Prévention : acte complémentaire</b>		
Vaccin antigrippe non remboursé par la sécurité sociale (sur prescription et facture)	100 % des frais réels	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Actes hors nomenclature</b>  Acupuncture, chiropractie, ostéopathie  Intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée	25 € par acte, limité à 4 actes par année civile.	
<p>NB. – Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur à la date de sa signature. Elles seront revues sans délai en cas de changement des textes législatifs et/ou réglementaires (ex. : changement de position de l'administration sociale sur la validité, dans un régime obligatoire, de la prestation forfaitaire versée pour la naissance d'un enfant).</p> <p>SS = sécurité sociale ; BR = base de remboursement de la sécurité sociale ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; € = euro.</p> <p>Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.</p> <p>(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail / maladie professionnelle, et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.</p> <p>(2) Sur la base de la cotation NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) si celle-ci était acceptée.</p>		



**Optique remboursement des verres (limité à 1 paire par an et par bénéficiaire)**

(En euros.)

	CODE élément externe	CODE LPP verre blanc	CODE LPP verre teinté	LIBELLÉ	VALEUR (base RO)	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	PAR VERRE
Plus de 18 ans	A2203240	2203240	2287916	Base LPP 2203240/2287916	2,29	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70,00
	A2282793	2282793	2263459	Base LPP 2282793/2263459/ 2280660/2265330	4,12			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	
		2280660	2265330					< à – 10 ou > à + 10	
	A2235776	2235776	2295896	Base LPP 2235776/2295896	7,62		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70,00
	A2259966	2259966	2226412	Base LPP 2259966/2226412	3,66			< à – 6 et > à + 6	
	A2284527	2284527	2254868	Base LPP 2284527/2254868	6,86	Cylindre > 4		de – 6 à + 6	
	A2212976	2212976	2252668	Base LPP 2212976/2252668	6,25		< à – 6 et > à + 6		
	A2288519	2288519	2299523	Base LPP 2288519/2299523	9,45		Multifocaux	de – 4 à + 4	90,00
	A2290396	2290396	2291183	Base LPP 2290396/2291183	7,32	< à – 4 ou > à + 4			
	A2245384	2245384	2295198	Base LPP 2245384/2295198	10,82	Tout cylindre		de – 8 à + 8	150,00
	A2227038	2227038	2299180	Base LPP 2227038/2299180	10,37			< à – 8 ou > à + 8	
	A2202239	2202239	2252042	Base LPP 2202239/2282042	24,54				

	CODE élément externe	CODE LPP verre blanc	CODE LPP verre teinté	LIBELLÉ	VALEUR (base RO)	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	PAR VERRE
Moins de 18 ans	E2261874	2261874	2242457	Base LPP 2261874/2242457	12,04	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70,00
	E2243540	2243540	2297441	Base LPP 2243540/2297441/ 2243304/2291088	26,68			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	
		2243304	2291088					< à – 10 ou > à + 10	
	E2273854	2273854	2248320	Base LPP 2273854/2248320	44,97		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70,00
	E2200393	2200393	2270413	Base LPP 2200393/2270413	14,94			< à – 6 et > à + 6	
	E2283953	2283953	2219381	Base LPP 2283953/2219381	36,28	Cylindre > 4	de – 6 à + 6	100,00	
	E2238941	2238941	2268385	Base LPP 2238941/2268385	27,90		< à – 6 et > à + 6		
	E2245036	2245036	2206800	Base LPP 2245036/2206800	46,50		de – 4 à + 4		90,00
	E2259245	2259245	2264045	Base LPP 2259245/2264045	39,18	< à – 4 ou > à + 4			
	E2238792	2238792	2202452	Base LPP 2238792/2202452	43,30	Tout cylindre	de – 8 à + 8	150,00	
	E2240671	2240671	2282221	Base LPP 2240671/2282221	43,60		< à – 8 ou > à + 8		
	E2234239	2234239	2259660	Base LPP 2234239/2259660	66,62				

## 2. Tableau des garanties : régime additionnel 1 (facultatif)

Garanties exprimées en complément des prestations de la sécurité sociale  
et régime de base conventionnel

NATURE DES FRAIS OPTION 1	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour, salle d'opération	+ 50 % de la BR	
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	+ 35 % de la BR	
Chambre particulière	Néant	
Forfait hospitalier engagé	Néant	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	Néant	
Transport remboursé par la sécurité sociale	Néant	
<b>Actes médicaux</b>		
Généralistes	+ 35 % de la BR	
Spécialistes	+ 35 % de la BR	+ 35 % de la BR sur les dépassements
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	+ 35 % de la BR sur les dépassements	+ 35 % de la BR sur les dépassements
Actes d'imagerie médicale ADI et d'échographie ADE	Néant	
Auxiliaires médicaux	Néant	
Analyses	Néant	
<b>Pharmacie remboursée par la sécurité sociale</b>		
Vignette blanche	Néant	
Vignette bleue	Néant	
Vignette orange	Néant	
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlay)	Néant	
Inlay simple, onlay	Néant	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	+ 50 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavettes	+ 50 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (2)	+ 50 % de la BR (2)	
Implants	Crédit annuel de + 200 € par bénéficiaire	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	Néant	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (2)	+ 50 % de la BR (2)	
<b>Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)</b>		
Prothèses auditives	Néant	
Orthopédie et autres prothèses	Néant	

NATURE DES FRAIS OPTION 1	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Optique</b>		
Monture	Crédit annuel par bénéficiaire de + 20 €	
Verres	limité à 2 verres par an et par bénéficiaire	
Verres unifocaux simples	+ 12 € par verre	
Verres unifocaux complexes	+ 17 € par verre	
Verres multifocaux ou progressifs simples	+ 19 € par verre	
Verres multifocaux ou progressifs complexes	+ 26 € par verre	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit annuel par bénéficiaire de + 50 € par paire	
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire de + 50 € par paire	
Kératotomie	Néant	
<b>Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)</b>		
Frais de traitement et honoraires	Néant	
Frais de voyage et hébergement	Forfait de + 50 €	
<b>Maternité</b>		
Naissance d'un enfant déclaré	+ 50 €	
<b>Prévention : prestations de prévention en application du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents</b>		
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum	Néant	
Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite		
<b>Prévention : acte complémentaire</b>		
Vaccin antigrippe non remboursé par la sécurité sociale (sur prescription et facture)	Néant	
<b>Actes hors nomenclature</b>		
Parodontologie	Crédit annuel de 200 € par bénéficiaire	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	Néant	
Intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée		
<p>NB. – Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur à la date de sa signature. Elles seront revues sans délai en cas de changement des textes législatifs et/ou réglementaires (ex. : changement de position de l'administration sociale sur la validité, dans un régime obligatoire, de la prestation forfaitaire versée pour la naissance d'un enfant).</p> <p>SS = sécurité sociale ; BR = base de remboursement de la sécurité sociale ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; € = euro. Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.</p> <p>(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail, maladie professionnelle, et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.</p> <p>(2) Sur la base de la cotation NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) si celle-ci était acceptée.</p>		

**Optique remboursement des verres (limité à 1 paire par an et par bénéficiaire)**

(En euros.)

	CODE élément externe	CODE LPP verre blanc	CODE LPP verre teinté	LIBELLÉ	VALEUR (base RO)	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	PAR VERRE
Plus de 18 ans	A2203240	2203240	2287916	Base LPP 2203240/2287916	2,29	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70,00
	A2282793	2282793	2263459	Base LPP 2282793/2263459/ 2280660/2265330	4,12			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	
		2280660	2265330					< à – 10 ou > à + 10	
	A2235776	2235776	2295896	Base LPP 2235776/2295896	7,62	Unifocaux	Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70,00
	A2259966	2259966	2226412	Base LPP 2259966/2226412	3,66			< à – 6 et > à + 6	
	A2284527	2284527	2254868	Base LPP 2284527/2254868	6,86				
	A2212976	2212976	2252668	Base LPP 2212976/2252668	6,25	Cylindre > 4		de – 6 à + 6	100,00
	A2288519	2288519	2299523	Base LPP 2288519/2299523	9,45			< à – 6 et > à + 6	
	A2290396	2290396	2291183	Base LPP 2290396/2291183	7,32	Multifocaux	Sphérique	de – 4 à + 4	90,00
	A2245384	2245384	2295198	Base LPP 2245384/2295198	10,82			< à – 4 ou > à + 4	
	A2227038	2227038	2299180	Base LPP 2227038/2299180	10,37			Tout cylindre	
	A2202239	2202239	2252042	Base LPP 2202239/2282042	24,54				

	CODE élément externe	CODE LPP verre blanc	CODE LPP verre teinté	LIBELLÉ	VALEUR (base RO)	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	PAR VERRE
Moins de 18 ans	E2261874	2261874	2242457	Base LPP 2261874/2242457	12,04	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70,00
	E2243540	2243540	2297441	Base LPP 2243540/2297441/ 2243304/2291088	26,68			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	
		2243304	2291088					< à – 10 ou > à + 10	
	E2273854	2273854	2248320	Base LPP 2273854/2248320	44,97		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70,00
	E2200393	2200393	2270413	Base LPP 2200393/2270413	14,94			< à – 6 et > à + 6	
	E2283953	2283953	2219381	Base LPP 2283953/2219381	36,28			Cylindre > 4	
	E2238941	2238941	2268385	Base LPP 2238941/2268385	27,90	Unifocaux	< à – 6 et > à + 6		
	E2245036	2245036	2206800	Base LPP 2245036/2206800	46,50		de – 4 à + 4	90,00	
	E2259245	2259245	2264045	Base LPP 2259245/2264045	39,18	Multifocaux	< à – 4 ou > à + 4		
	E2238792	2238792	2202452	Base LPP 2238792/2202452	43,30		de – 8 à + 8	150,00	
	E2240671	2240671	2282221	Base LPP 2240671/2282221	43,60		< à – 8 ou > à + 8		
	E2234239	2234239	2259660	Base LPP 2234239/2259660	66,62				

### 3. Tableau des garanties : régime additionnel 2 (facultatif)

Garanties exprimées en complément des prestations de la sécurité sociale  
et régime de base conventionnel

NATURE DES FRAIS OPTION 2	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour, salle d'opération	+ 50 % de la BR	
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	+ 85 % de la BR	
Chambre particulière	+ 5 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	Néant	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	Néant	
Transport remboursé par la sécurité sociale	Néant	
<b>Actes médicaux</b>		
Généralistes	+ 85 % de la BR	
Spécialistes	+ 85 % de la BR	+ 85 % de la BR sur les dépassements
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	+ 85 % de la BR sur les dépassements	+ 85 % de la BR sur les dépassements
Actes d'imagerie médicale ADI et d'échographie ADE	Néant	
Auxiliaires médicaux	Néant	
Analyses	Néant	
<b>Pharmacie remboursée par la sécurité sociale</b>		
Vignette blanche	Néant	
Vignette bleue	Néant	
Vignette orange	Néant	
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlay)	Néant	
Inlay simple, Onlay	Néant	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	+ 100 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavettes	+ 100 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (2)	+ 150 % de la BR (2)	
Implants	Crédit annuel de + 200 € par bénéficiaire	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	Néant	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (2)	+ 150 % de la BR (2)	
<b>Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)</b>		
Prothèses auditives	Néant	
Orthopédie et autres prothèses	Néant	



NATURE DES FRAIS OPTION 2	NIVEAU D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Optique</b> Monture Verres Verres unifocaux simples Verres unifocaux complexes Verres multifocaux ou progressifs simples Verres multifocaux ou progressifs complexes Lentilles acceptées par la sécurité sociale Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) Kératotomie	Crédit annuel par bénéficiaire de + 40 €  Limité à 2 verres par an et par bénéficiaire  + 24 € par verre + 34 € par verre + 37 € par verre + 53 € par verre  Crédit annuel par bénéficiaire de + 100 € par paire  Crédit annuel par bénéficiaire de + 100 € par paire  Néant	
<b>Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)</b> Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et hébergement	Néant  Forfait de + 100 €	
<b>Maternité</b> Naissance d'un enfant déclaré	+ 100 €	
<b>Prévention : prestations de prévention en application du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents</b> Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite	Néant  Néant	
<b>Prévention : acte complémentaire</b> Vaccin antigrippe non remboursé par la sécurité sociale (sur prescription et facture)	Néant	
<b>Actes hors nomenclature</b> Parodontologie Acupuncture, chiropractie, ostéopathie. Intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée	Crédit annuel de 200 € par bénéficiaire  + 80 € par acte, limité à 4 actes par année civile.	
NB. – Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur à la date de sa signature. Elles seront revues sans délai en cas de changement des textes législatifs et/ou réglementaires (ex. : changement de position de l'administration sociale sur la validité, dans un régime obligatoire, de la prestation forfaitaire versée pour la naissance d'un enfant). SS = sécurité sociale ; BR = base de remboursement de la sécurité sociale ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; € = euro. Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile. (1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail, maladie professionnelle et maternité sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés. (2) Sur la base de la cotation NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) si celle-ci était acceptée.		

**Optique remboursement des verres (limité à 1 paire par an et par bénéficiaire)**

(En euros.)

	CODE élément externe	CODE LPP verre blanc	CODE LPP verre teinté	LIBELLÉ	VALEUR (base RO)	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	PAR VERRE
Plus de 18 ans	A2203240	2203240	2287916	Base LPP 2203240/2287916	2,29	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70,00
	A2282793	2282793	2263459	Base LPP 2282793/2263459/ 2280660/2265330	4,12			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	
		2280660	2265330					< à – 10 ou > à + 10	
	A2235776	2235776	2295896	Base LPP 2235776/2295896	7,62		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70,00
	A2259966	2259966	2226412	Base LPP 2259966/2226412	3,66			< à – 6 et > à + 6	
	A2284527	2284527	2254868	Base LPP 2284527/2254868	6,86	Cylindre > 4		de – 6 à + 6	
	A2212976	2212976	2252668	Base LPP 2212976/2252668	6,25		< à – 6 et > à + 6		
	A2288519	2288519	2299523	Base LPP 2288519/2299523	9,45		Multifocaux	de – 4 à + 4	90,00
	A2290396	2290396	2291183	Base LPP 2290396/2291183	7,32	< à – 4 ou > à + 4			
	A2245384	2245384	2295198	Base LPP 2245384/2295198	10,82	Tout cylindre		de – 8 à + 8	150,00
	A2227038	2227038	2299180	Base LPP 2227038/2299180	10,37			< à – 8 ou > à + 8	
	A2202239	2202239	2252042	Base LPP 2202239/2282042	24,54				

	CODE élément externe	CODE LPP verre blanc	CODE LPP verre teinté	LIBELLÉ	VALEUR (base RO)	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	PAR VERRE
Moins de 18 ans	E2261874	2261874	2242457	Base LPP 2261874/2242457	12,04	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70,00
	E2243540	2243540	2297441	Base LPP 2243540/2297441/ 2243304/2291088	26,68			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	
		2243304	2291088					< à – 10 ou > à + 10	
	E2273854	2273854	2248320	Base LPP 2273854/2248320	44,97		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70,00
	E2200393	2200393	2270413	Base LPP 2200393/2270413	14,94			< à – 6 et > à + 6	
	E2283953	2283953	2219381	Base LPP 2283953/2219381	36,28		Cylindre > 4	de – 6 à + 6	100,00
	E2238941	2238941	2268385	Base LPP 2238941/2268385	27,90			< à – 6 et > à + 6	
	E2245036	2245036	2206800	Base LPP 2245036/2206800	46,50	Multifocaux	Sphérique	de – 4 à + 4	90,00
	E2259245	2259245	2264045	Base LPP 2259245/2264045	39,18			< à – 4 ou > à + 4	
	E2238792	2238792	2202452	Base LPP 2238792/2202452	43,30			de – 8 à + 8	
	E2240671	2240671	2282221	Base LPP 2240671/2282221	43,60		< à – 8 ou > à + 8		
	E2234239	2234239	2259660	Base LPP 2234239/2259660	66,62				

#### 4. Tableaux des cotisations

##### *Salarié et ayants droit*

(En euros.)

	RÉGIME DE BASE	RÉGIME ADDITIONNEL 1 (facultatif)	RÉGIME ADDITIONNEL 2 (facultatif)
Salarié	40,00 (minimum obligatoire)	5,91	12,88
Conjoint (facultatif)	48,31	5,91	12,88
Enfant (facultatif)	22,55	2,47	4,83

##### *Anciens salariés licenciés ou invalides et ayants droit d'un salarié décédé (dispositif « loi Evin »)*

(En euros.)

	RÉGIME DE BASE	RÉGIME ADDITIONNEL 1 (facultatif)	RÉGIME ADDITIONNEL 2 (facultatif)
Ancien salarié	51,20	7,55	16,49
Conjoint (facultatif)	61,85	7,55	16,49
Enfant (facultatif)	22,55	2,47	4,83

##### *Retraités et préretraités (dispositif « loi Evin »)*

(En euros.)

	RÉGIME DE BASE	RÉGIME ADDITIONNEL 1 (facultatif)	RÉGIME ADDITIONNEL 2 (facultatif)
Ancien salarié	60,00	8,85	19,32
Conjoint (facultatif)	72,47	8,85	19,32
Enfant (facultatif)	22,55	2,47	4,83