

Brochure n° 3051

Convention collective nationale

IDCC : 567. – **BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVREURIE
ET ACTIVITÉS QUI S'Y RATTACHENT**

ACCORD DU 10 NOVEMBRE 2011

RELATIF AU REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1250643M

IDCC : 567

PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif à des prestations frais de santé, complémentaires au régime obligatoire de sécurité sociale.

Ce régime, par la mutualisation des risques frais de santé, répond à l'objectif de permettre l'accès aux mêmes garanties collectives, pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective BJOC et leurs salariés au meilleur rapport coût-prestations sans considération notamment d'âge ou d'état de santé.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord peut s'appliquer aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective BJOC.

Article 2

Adhésion et affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 1^{er} peuvent affilier leurs salariés auprès de l'organisme assureur désigné par la signature d'un bulletin d'affiliation spécifique.

Dès lors que l'adhésion au régime est engagée, ce régime s'applique à l'ensemble des salariés sous contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée affiliés en leur nom propre au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle.

Ces salariés seront affiliés individuellement au régime et se verront remettre une carte d'adhérent donnant droit au tiers payant. Pendant toute la durée de l'adhésion de l'entreprise, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Conformément à la loi n° 94-678 du 8 août 1994, une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime conventionnel.

Article 3

Bénéficiaires

3.1. Salariés

Le présent accord institue un régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » au profit de l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord.

3.2. Ayants droit

Le présent régime permet l'affiliation des ayants droit. Celle-ci est facultative et laissée à l'appréciation de chaque salarié. Par ayants droit, il faut entendre :

- le conjoint ou le partenaire de Pacs ou le concubin ;
- les enfants du salarié ou de son conjoint à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole ;
- un adulte handicapé à charge de ses parents est considéré comme un enfant à charge.

3.3. Anciens salariés

Dans le cadre de la sécurisation de la protection sociale tout au long du parcours professionnel des salariés au sein des branches signataires, et conformément aux dispositions de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés cessant momentanément ou définitivement leur activité, désireux de continuer à bénéficier des garanties du régime obligatoire frais de santé pourront le faire dans le cadre du régime d'accueil mis en place, sous réserve qu'ils aient antérieurement à la date de rupture du contrat de travail été affilié au régime. En contrepartie, une cotisation spécifique financée uniquement par l'adhérent est appelée.

Sont concernés :

- les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu ;
- les ayants droit des adhérents décédés ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à 1 mois dans les cas suivants :
 - congé sabbatique ;
 - congé parental d'éducation ;
 - congé sans solde ;
 - congé pour création d'entreprise ;
- les salariés de la profession ayant obtenu la liquidation de leur pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiaires d'une retraite anticipée ;
- les conjoints, eux-mêmes retraités ou préretraités.

La demande de couverture doit être faite par écrit, au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou du décès, ou dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail.

Article 4

Portabilité des droits

4.1. Bénéficiaires du maintien

Les salariés dont le contrat de travail est rompu ou cesse, sauf rupture consécutive à une faute lourde, et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties frais de santé.

Le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur, ainsi qu'à la justification par le salarié à son ancien employeur de la prise en charge par l'assurance chômage.

4.2. Garanties maintenues

Ils bénéficient de l'ensemble des garanties du régime frais de santé au titre duquel ils étaient affiliés lors de la rupture de leur contrat de travail.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

4.3. Durée du maintien

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la fin du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur désigné.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée de la dernière période travaillée chez le même employeur, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture.

Le maintien des garanties frais de santé complémentaire frais peut cesser à la demande du salarié par l'envoi d'un courrier recommandé à son ancien employeur 10 jours minimum avant la fin du mois en cours.

4.4. Financement du maintien de la garantie frais de santé

Le maintien du bénéfice des garanties frais de santé complémentaires, aux salariés dont le contrat de travail est rompu ou a cessé, tel que prévu au présent article, est assuré dans le cadre d'un cofinancement de la garantie entre le salarié et son employeur.

Article 5

Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

En application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) pour les garanties assises sur le tarif de convention (TC) ou sur le tarif de responsabilité (TR). Pour le ticket modérateur (TM), la nouvelle expression est : BR moins MR (montant remboursé par la sécurité sociale).

Conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et du décret n° 2007-1166 du 1^{er} août 2007 paru au *Journal officiel* le 3 août 2007, le régime :

1. Ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant, et ce 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 (soit au minimum 7 €, valeur novembre 2007) ;
- la participation forfaitaire de 1 € ;
- les franchises annuelles laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certains médicaments (0,50 €), aux actes paramédicaux à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation (0,50 €) et à certains transports sanitaires, en ambulance comme en taxi à l'exception des transports d'urgence (2 €) : ces nouveaux prélèvements ont été voté définitivement au Parlement le 23 novembre pour une mise en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008. Le montant de ces trois franchises est plafonné à 50 € par an et par personne. Le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 précise les modalités pratiques de cette nouvelle mesure ;

2. Prend en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est prise en charge dans la mesure où la sécurité sociale la prend en charge dans le cadre d'une consultation en dehors du parcours de soins ;

- la franchise à 18 € à la charge de l'assuré pour tous les actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).

Sont couverts, pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime, tous les actes et frais courants ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail, maladies professionnelles » et « maternité », expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels réellement engagés et dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention de la sécurité sociale du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les prestations mentionnées sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés.

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus sont égaux :

- aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la sécurité sociale ;
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la sécurité sociale ;
- à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'institution reconstituera la base de remboursement conventionnel et/ou le remboursement théorique de la sécurité sociale. L'institution calculera les prestations complémentaires sur la base de cette reconstitution.

Disposition spéciale pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Si le présent contrat est souscrit au profit de salariés relevant du régime local Alsace-Moselle, la mutuelle tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Article 6

Cotisation et répartition

La cotisation du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est exprimée comme suit :

- par adulte couvert : 40,30 € ;
- par enfant couvert (gratuité dès le 3^e enfant) : 21,10 €.

Les cotisations sont maintenues pendant 2 ans à compter de la date d'effet de l'accord excepté en cas d'évolution de la réglementation (relative à la sécurité sociale notamment) et à la fiscalité.

Au-delà, la cotisation sera réexaminée par les parties signataires, en fonction des résultats du régime, d'une part, et de l'évolution des dépenses de santé, d'autre part.

En tout état de cause, à compter du 1^{er} janvier 2013, au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum sur le 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.

La cotisation est répartie à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié sur la cotisation adulte du salarié seul.

Pour la cotisation des enfants et conjoints, la répartition se fera par décision unilatérale, referendum ou accord collectif.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 14 du présent avenant dans le premier mois qui suit le trimestre écoulé.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-4 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 7

Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat de garanties collectives signés avec la commission paritaire et repris dans les bulletins d'adhésion remis à l'entreprise ainsi que la notice d'information remise aux salariés.

Article 8

Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte personnelle permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Lors du départ définitif du salarié (démission, licenciement, retraite...), l'entreprise adhérente s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à en assurer la restitution auprès de l'organisme assureur.

Article 9

Limite des garanties

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;
- engagés hors de France. Si la caisse de sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues au présent avenant ;
- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;
- 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 ;
- au titre de la législation sur les pensions militaires ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique.

Article 10

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 11

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise.

En cas de cessation des garanties, le salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention en tant qu'ancien salarié et dont les conditions en vigueur peuvent être communiquées sur simple demande et lui sont envoyées systématiquement lors de son départ par l'organisme assureur.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Article 12

Suspension des garanties

Les garanties du présent avenant sont suspendues pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail, sauf lorsque le salarié est en congé maladie, accident du travail-accident de trajet, maladies professionnelles et maternité-adoption.

Les périodes de suspension du contrat de travail sont les périodes de congés sans solde légaux visées par le code du travail ou conventionnelles.

Cependant, le salarié pourra demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Article 13

Prescription des actions

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 14

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 15

Désignation de l'organisme assureur

Sont désignées en coassurance les institutions Aprionis prévoyance, institution de prévoyance, régie par le code de la sécurité sociale, 141, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff, et Novalis

prévoyance, institution de prévoyance, régie par le code de la sécurité sociale, 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris.

L'apériteur unique est Aprionis prévoyance et sera chargé de la commercialisation et de la gestion des adhésions, cotisations et prestation.

Article 16

Suivi et pilotage du régime

Conformément à l'article 4 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, il est établi un compte annuel relatif à l'ensemble des adhésions des entreprises relevant du secteur professionnel de la convention collective BJOC.

A cet effet, la commission paritaire se réunit au moins deux fois par an pour examiner les résultats du régime ainsi que toutes statistiques ou éléments concernant ce régime dont elle pourrait avoir besoin.

L'organisme assureur s'engage à ce titre à présenter un compte de résultat prévisionnel au mois d'octobre de chaque année et un compte définitif au mois de juin devant la commission paritaire.

Article 17

Date d'effet

Le présent accord prend effet au plus tôt le 1^{er} janvier 2012.

Article 18

Modalités de dénonciation

Le présent accord pourra être dénoncé par lettre recommandée avec avis de réception, par l'une ou l'autre des parties signataires en respectant un délai de préavis de 6 mois. En cas de dénonciation, l'avenant continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'avenant qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an.

Article 19

Dépôt. – Extension

Le présent accord est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et sera déposé dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 10 novembre 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNBIOC ;
FNAMAC.

Syndicats de salariés :

FGMM CFDT ;
CGT-FO métallurgie ;
FCMTM CFE-CGC ;
CFTC métallurgie ;
FTM CGT.

ANNEXE I

Tableaux des garanties. – Régime de base

Les garanties en pourcentage de la BR sont exprimées sécurité sociale incluse, les garanties en euros sont exprimées en complément (éventuel) de la sécurité sociale.

| DÉSIGNATION DES ACTES | PRESTATIONS |
|---|-------------|
| Hospitalisation médicale et chirurgicale | |
| Frais de séjour conventionnés | 100 % BR |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux | 100 % BR |
| Chambre particulière | 25 € |
| Forfait hospitalier engagé | 100 % FR |
| Frais d'accompagnement (EAC < 16 ans) | 25 € |
| Transport (accepté sécurité sociale) | 100 % BR |
| Soins courants | |
| Consultations, visites généralistes | 100 % BR |
| Consultations, visites spécialistes | 125 % BR |
| Radiologie | 100 % BR |
| Analyses | 100 % BR |
| Auxiliaires médicaux | 100 % BR |
| Actes techniques médicaux | 125 % BR |
| Pharmacie | |
| Vignettes blanches | 100 % BR |
| Vignettes bleues | 100 % BR |
| Vignettes oranges | 100 % BR |
| Dentaire | |
| Soins dentaires | 200 % BR |
| Inlay core et inlay à clavette | 200 % BR |
| Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale | 350 % BR |
| Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale | Néant |
| Orthodontie acceptée par la sécurité sociale | 250 % BR |
| Orthodontie refusée par la sécurité sociale | Néant |
| Implants dentaires | 325 € |

| DÉSIGNATION DES ACTES | PRESTATIONS |
|---|--|
| Optique Verres et monture selon grille jointe Forfait lentilles acceptées Forfait lentilles refusées et jetables Forfait kératochirurgie | Grille 1 350 € 350 € 375 € |
| Autres frais divers Prothèses auditives Orthopédie Autres prothèses Forfait automédication | 100 % BR 100 % BR 100 % BR 50 € |
| Cure thermique (acceptée sécurité sociale) Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et hébergement | 100 % BR 100 % BR |
| Maternité Forfait par enfant déclaré Chambre particulière (6 jours maximum) | 50 € 25 € |
| Actes hors nomenclature Vaccins non remboursés sécurité sociale Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (4 par an) | Oui 25 € |
| Actes de prévention | Minimum 2 au choix |

ANNEXE II

Grille optique

| GRILLE OPTIQUE | | ENFANTS < 18 ANS | | | GRILLE OPTIQUE | ADULTES | | |
|---|--|------------------------------------|--------------|--------------|---|------------------------------------|--------------|--------------|
| Type de verre | | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt ass. (*) | Type de verre | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt ass. (*) |
| Verres simple foyer, sphérique | | | | | | | | |
| Sphère de – 6 à + 6 | | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 50 € | Sphère de – 6 à + 6 | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 85 € |
| Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10 | | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 55 € | Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10 | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 93,50 € |
| Sphère < – 10 ou > + 10 | | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 60 € | Sphère < – 10 ou > + 10 | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 102 € |
| Verres simple foyer, sphéro-cylindriques | | | | | | | | |
| Cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6 | | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 55 € | Cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6 | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 100 € |
| Cylindre < + 4 sphère < – 6 ou > + 6 | | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 60,50 € | Cylindre < + 4 sphère < – 6 ou > + 6 | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 110 € |
| Cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6 | | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 66 € | Cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6 | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 120 € |
| Cylindre > + 4 sphère < – 6 ou > + 6 | | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 71,50 € | Cylindre > + 4 sphère < – 6 ou > + 6 | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 130 € |

| GRILLE OPTIQUE | | ENFANTS < 18 ANS | | | GRILLE OPTIQUE | ADULTES | | |
|--|-----------------------|------------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------|--------------|--------------|
| Type de verre | | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt ass. (*) | Type de verre | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt ass. (*) |
| Verres multi-focaux ou progressifs sphériques | | | | | | | | |
| | Sphère de - 4 à + 4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 80 € | Sphère de - 4 à + 4 | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 170 € |
| | Sphère < - 4 ou > + 4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 88 € | Sphère < - 4 ou > + 4 | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 187 € |
| Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques | | | | | | | | |
| | Sphère de - 8 à + 8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 100 € | Sphère de - 8 à + 8 | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 220 € |
| | Sphère < - 8 ou > + 8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 110 € | Sphère < - 8 ou > + 8 | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 242 € |
| Monture | | 2210546 | 30,49 € | 80 € | Monture | 2223342 | 2,84 € | 100 € |
| (*) Les remboursements de l'assureur s'entendent en complément de la sécurité sociale. | | | | | | | | |