

Brochure n° 3303

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 2148. – TÉLÉCOMMUNICATIONS**

ACCORD DU 26 JUIN 2014  
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1451046M

IDCC : 2148

PRÉAMBULE

Dès 2000, les signataires de la convention collective nationale des télécommunications ont contribué à l'amélioration de la protection sociale des salariés des entreprises de la branche en prévoyant, au sein des garanties minimales obligatoires de prévoyance instituées au chapitre II du titre VIII, que les entreprises devaient « être en mesure de pouvoir accorder à leurs salariés une garantie collective leur assurant une prise en charge de tout ou partie des frais de santé en complément des remboursements de sécurité sociale » (art. 8.2.2.4).

Dans un environnement de diminution du taux de couverture de l'assurance maladie, la couverture complémentaire santé est devenue un élément essentiel de l'accès aux soins médicaux en particulier pour les salariés les moins protégés. C'est la raison pour laquelle les signataires de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi ont entendu généraliser et encadrer l'application d'une couverture complémentaire santé au bénéfice de l'ensemble des salariés tout en améliorant le dispositif de portabilité aux demandeurs d'emploi.

Les signataires du présent accord décident, en conséquence, de mettre en conformité les dispositions de l'article 8.2.2.4 de la convention collective avec les nouvelles dispositions légales en rendant obligatoire une couverture collective complémentaire santé dans toutes les entreprises et en assurant un seuil minimal conventionnel de garanties dans la branche.

Constatant que la très grande majorité des salariés des entreprises de la branche dispose déjà d'une couverture collective pour les frais de santé, ils n'entendent pas remettre en cause les contrats « complémentaire santé » préexistants dans les entreprises et respectant les dispositions du présent accord.

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

*Respect des critères de responsabilité*

Les contrats d'assurance « complémentaire santé » mis en place dans les entreprises relevant du présent accord doivent s'inscrire dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » et « solidaires » défini par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 et ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ils ne doivent rembourser ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soin, ni la participation forfaitaire et la franchise prévues à l'article L. 322-2

du code de la sécurité sociale. Ils doivent en outre prévoir le remboursement minimum des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant et aux prescriptions de celui-ci, dans les conditions définies par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés par les entreprises en fonction des évolutions législatives et réglementaires, notamment régissant les « contrats responsables et solidaires » qui auraient une incidence sur le régime.

## **Article 2**

### *Modalités de choix de l'organisme assureur*

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de souscrire un contrat collectif d'assurance « complémentaire santé » pour leurs salariés.

Elles sont libres de choisir l'organisme de leur choix, quelle que soit sa forme juridique, en respectant les critères ci-dessous dans la sélection des offres :

- le respect des caractéristiques de la couverture « frais de santé » prévue par le présent accord et notamment :
  - la population à assurer prévue à l'article 4 ;
  - les garanties et services attendus prévus à l'article 3 ;
  - le montant minimum de la part employeur pour la couverture du bénéficiaire prévu à l'article 6 ;
- les entreprises, dans le cadre de leur négociation avec l'organisme assureur, seront attentives à la tarification proposée, aux conditions de révision des tarifs et à la modération des frais de gestion,
- la nature, l'assiette et la structure des cotisations relèvent de la négociation collective d'entreprise ;
- en l'absence d'accord d'entreprise, l'entreprise peut procéder par referendum ou décision unilatérale. Cela vaut notamment lorsque le régime préexistant à l'entrée en application du présent accord émane lui-même d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur ;
- la pérennité des organismes assureurs et de la sécurité de la couverture proposée ;
- l'existence de services d'information et d'accompagnement pour les salariés (assistance téléphonique, dépliants d'information, action sociale...).

Par ailleurs, les signataires du présent accord souhaitent prolonger la politique de la branche en matière de prévention de la santé, notamment dans le cadre des travaux de la commission paritaire de suivi santé prévention de la branche, et favoriser les démarches de prévention dans le domaine de la santé par les entreprises, tout en maîtrisant mieux encore le budget de protection sociale. Ils recommandent donc que les entreprises puissent accéder, à leur demande, à des services permettant d'agir en faveur de la santé de leur salariés notamment sous forme de réunions d'information, ou de diffusion de guides pratiques, d'affiches ou encore d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité.

En cas de changement d'organisme assureur, le changement doit se faire sans rupture temporelle de la couverture des salariés au titre de la « complémentaire santé ».

## **Article 3**

### *Définition et contenu des garanties minimales*

La couverture « frais de santé » a pour objet d'assurer le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Les signataires du présent accord conviennent des prestations minimales (nature et niveau) que doit assurer le régime de la complémentaire santé des entreprises relevant du champ d'application des télécommunications ci-dessous :

*NB.* – Ces garanties s'appliquent sous réserve de garanties plus favorables définies par le décret à paraître relatif au panier de soins minimal. Si le décret était plus favorable que ces garanties ainsi définies, les parties se réuniraient au plus tard dans le mois suivant sa parution afin de réétudier le niveau de ces prestations.

DÉSIGNATION DES ACTES	PRESTATIONS GARANTIES (remboursement de l'assurance maladie inclus)
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>	
Forfait hospitalier et franchise pour les actes supérieurs ou égaux à 120 €	100 % frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % BR
Frais de séjour conventionnés	100 % BR
Frais de chambre particulière, y compris en ambulatoire	40 € par jour
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % BR
<b>Soins courants</b>	
Consultations, visites généralistes	110 % BR
Consultations, visites spécialistes et actes de spécialité	170 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmier, orthophoniste...)	100 % BR
Radiologie	170 % BR
Analyses	100 % BR
<b>Pharmacie remboursée par l'assurance maladie</b>	
Vignettes blanche, bleue ou orange	100 % BR
<b>Optique</b>	
Monture dans la limite d'un équipement tous les 2 ans sauf évolution de la correction (*)	Dans la limite d'un forfait de 60 €
Verres (la paire) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans sauf évolution de la correction	Dans la limite d'un forfait de 120 € à 250 € en fonction du besoin de correction suivant que le verre est dans la catégorie « verre simple » ou « verre complexe »
Lentilles	Dans la limite d'un plafond annuel de 100 €
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par l'assurance maladie y compris inlay onlay	170 % BR
<b>Prothèses autres que dentaires et dispositifs médicaux</b> Exemples : béquilles, genouillères, semelles orthopédiques	100 % BR
<b>Audition</b> : dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de 50 ans et plus	100 % BR
Prothèse auditive	Dans la limite d'un forfait de 300 €
BR : base de remboursement de la sécurité sociale. (*) Les entreprises sont invitées à privilégier la mise en place de bonifications en cas de consommation raisonnée.	

Les montants ci-dessus exprimés en euros pourront être révisés par les signataires du présent accord si les montants prévus par le décret à venir relatif au contenu des contrats responsables venaient à être modifiés.

Les prestations minimales garanties telles que prévues par le tableau ci-dessus peuvent être améliorées par les entreprises dans la limite des conditions fixées par les contrats responsables et solidaires.

Les prestations garanties doivent pouvoir faire l'objet du tiers payant auprès des professionnels de santé ou être versées directement au salarié.

L'organisme assureur doit pouvoir proposer aux salariés un accès à un réseau optique et/ou dentaire.

#### **Article 4**

##### *Salariés bénéficiaires*

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 5 ci-après, les entreprises doivent impérativement affilier au contrat collectif « frais de santé » sélectionné dans l'entreprise les salariés justifiant de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise, quelle que soit la nature de leur contrat de travail. Les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Lorsque leurs ayants droit ne sont pas couverts à titre obligatoire, les salariés bénéficiaires du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires à celles définies par le présent accord dont ils assurent le financement.

La couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale est assurée dans les conditions du présent accord, sous réserve des adaptations précisées par le décret visé à l'article L. 911-7 dudit code.

L'adhésion des salariés et les garanties y afférentes sont maintenues en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées, directement ou indirectement, en tout ou partie par l'entreprise. Sont notamment visées les périodes indemnisées de maladie, accident du travail, maternité ou les périodes de formation rémunérées.

#### **Article 5**

##### *Dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié*

Par exception à l'article 4 ci-dessus, et si un accord d'entreprise ne prévoit pas de dispositions différentes, les entreprises peuvent dispenser d'adhésion, à leur demande, les salariés dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-6°, 2° et 3°, du code de la sécurité sociale :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'échéance du contrat ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de l'embauche si celle-ci est postérieure jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;

- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'un de ceux fixés par l'arrêté du 28 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs mis en place dans les entreprises.

Les salariés souhaitant se prévaloir d'une dispense d'adhésion doivent faire part de leur décision par écrit, fournir les justificatifs demandés et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

Ils ne bénéficient pas de la portabilité des droits prévue à l'article 7 ci-après.

## **Article 6**

### *Financement*

S'agissant du financement des garanties du présent accord, l'employeur assure au minimum 55 % des cotisations du salarié participant, à l'exclusion des éventuelles garanties supplémentaires, garanties des ayants droit ou options facultatives.

L'accord d'entreprise, la décision suite à référendum ou la décision unilatérale prise par l'employeur peuvent prévoir des dispositions plus favorables tant en ce qui concerne le taux de prise en charge patronale que les éventuelles garanties supplémentaires, garanties des ayants droit ou options facultatives.

L'employeur qui souhaite entrer dans une logique de redistribution pourra, le cas échéant, mettre en œuvre une cotisation proportionnelle au salaire afin de favoriser la proportion de l'effort des salariés à leurs revenus.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité, tel que prévu à l'article 7 ci-après, doit être financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité.

## **Article 7**

### *Maintien des garanties*

Les garanties du contrat d'assurance frais de santé cessent d'être accordées au salarié au jour de l'expiration de son contrat de travail.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à bénéficier du maintien des garanties après la cessation de leur contrat de travail, et dans la limite de 12 mois, les bénéficiaires de la portabilité, telle que précisée par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, et ouvrant droit à l'indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

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

- lorsque le salarié reprend un emploi ;
- lorsque le salarié ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la sécurité sociale du salarié ;
- en cas de décès du salarié.

## **Article 8**

### *Communication et obligation d'information des salariés sur le régime des frais de santé*

Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, les entreprises doivent remettre à chaque salarié concerné, ainsi qu'à chaque nouvel embauché, une notice d'informations détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant les garanties souscrites dans l'entreprise et leurs modalités d'application.

Les salariés concernés sont également informés individuellement de toute modification des garanties.

Ces informations peuvent être délivrées par tout moyen adapté permettant de répondre effectivement à cette obligation tel que courrier, courriel, intranet, etc.

Lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'employeur est tenu de délivrer au salarié une information sur ses droits au titre de la portabilité des garanties et dans tous les cas, quelle que soit la nature du départ, d'informer l'organisme assureur de sa date de départ.

En effet, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) modifiée par la loi de sécurisation de l'emploi, l'organisme qui délivre sa garantie complémentaire santé devra adresser une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés au plus tard dans les 2 mois à compter de la rupture du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité.

En cas de décès du salarié assuré, lorsque des ayants droit sont garantis de son chef, leur couverture est maintenue pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

La garantie prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

L'employeur doit s'assurer que l'information est délivrée aux ayants droit par l'organisme assureur ou par lui-même conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-10009 du 31 décembre 1989 complétée par la loi sur la sécurisation de l'emploi.

Dans les entreprises, ou groupe d'entreprises, de plus de 50 salariés, l'organisme assureur remet annuellement à l'employeur et aux institutions représentatives du personnel un rapport relatif à la gestion sur la couverture collective mise en œuvre dans l'entreprise.

Ce rapport doit servir de base de travail à une réunion tripartite (employeur, représentant du personnel et assureur) destinée à analyser les équilibres de gestion et à décider des mesures à prendre pour faire éventuellement évoluer le contrat dans le cadre des conditions contractuelles avec l'organisme assureur.

## **Article 9**

### *Délai d'application du présent accord*

Les entreprises relevant de la convention collective nationale des télécommunications et ne disposant pas d'un régime obligatoire de frais de santé ou ne disposant pas d'un régime au moins équivalent aux dispositions du présent accord devront le mettre en place dans un délai de 6 mois suivant la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent accord.

En tout état de cause, conformément aux dispositions légales, ce délai d'application ne doit pas avoir pour effet de conduire à la mise en place du régime après le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 10**

### *Champ d'application. – Publicité. – Extension*

Le champ d'application du présent accord est celui défini par le titre I<sup>er</sup> de la convention collective nationale des télécommunications et son avenant du 25 janvier 2002.

Les parties signataires conviennent de déposer le présent accord et d'en demander l'extension.

Fait à Paris, le 26 juin 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisation patronale :**

UNETEL-RST.

**Syndicats de salariés :**

CGT-FO ;

CFTC.