

**Convention collective nationale**

**IDCC : 218. – ORGANISMES  
DE SÉCURITÉ SOCIALE  
(8 février 1957)**

---

AVENANT DU 28 JUIN 2016

MODIFIANT L'ACCORD DU 12 AOÛT 2008 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650775M

IDCC : 218

---

Entre

UCANSS

D'une part, et

CFTC

CFE-CGC

FEC FO

PSTE CFDT

SNFOCOS

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

*Modification de l'article 3.1*

L'article 3.1 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

« 3.1. Salariés

Le présent accord s'applique, sous réserve des dispositions qui suivent, à l'ensemble des salariés des organismes du régime général de sécurité sociale et de leurs établissements. »

**Article 2**

*Modification de l'article 3.11*

L'article 3.11 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

« 3.11. Suspension du contrat de travail

Les garanties définies par le présent accord et la participation de l'employeur sont maintenues à l'occasion de toute suspension du contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire.

Il en est de même en cas :

- d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
- de congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;

- de congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
- de congé de solidarité familiale ;
- de congé de présence parentale ;
- de congé de proche aidant ;
- de congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, l'adhésion au régime est facultative et ne bénéficie pas du financement par l'employeur. »

### Article 3

#### *Modification du tableau de garantie de l'article 4.2*

L'article 4.2 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

#### « 4.2. Tableau des garanties

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL dans la limite des frais engagés
<b>Hospitalisation (y compris maternité)</b>	
Honoraires (médecin adhérent au CAS)	250 % de la BR moins RSS
Honoraires (médecin non adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Séjours	250 % de la BR moins RSS
Forfait journalier <sup>(1)</sup>	100 % du tarif en vigueur
Chambre particulière (y compris ambulatoire) <sup>(2)</sup>	50 € par jour
Lit accompagnant (jusqu'à la veille de son 16 <sup>e</sup> anniversaire) <sup>(1)</sup> (y compris maison d'accueil des familles)	30 € par jour
<b>Pharmacie</b> remboursée par la sécurité sociale à 30 % (vignette bleue) et 65 % (vignette blanche)	100 % de la BR moins RSS
Pharmacie remboursée à 15 % (vignette orange)	Non prise en charge
<b>Frais médicaux courants</b>	
Consultation – visite généraliste (médecin adhérent au CAS)	140 % de la BR moins RSS
Consultation – visite généraliste (médecin non adhérent au CAS)	120 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste (médecin adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste (médecin non adhérent au CAS)	180 % de la BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Analyses	100 % de la BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transports sanitaires)	100 % de la BR moins RSS
Forfait sur actes techniques d'un montant ≥ 120 €	18 €
<b>Dentaire</b>	
Soins	100 % de la BR moins RSS

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL dans la limite des frais engagés
Actes techniques et radiologie	100 % de la BR moins RSS
Prothèses remboursées par la sécurité sociale	450 % de la BR moins RSS
Prothèses non remboursées par la sécurité sociale	300 % de la BR reconstituée sur une BR à 107,50 €
Orthodontie acceptée	300 % de la BR moins RSS
Orthodontie refusée	300 % de la BR moins RSS reconstituée
Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale	650 € par implant
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par personne et par année civile <sup>(3)</sup>
<b>Optique</b> – 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans <sup>(4)</sup>	
Verre	Cf. grille ci-dessous
Monture	120 € par personne <sup>(3)</sup>
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non par la sécurité sociale	215 € par personne et par année civile <sup>(3)</sup>
Chirurgie laser	275 € par œil
<b>Appareillage médicalement prescrit</b>	
Appareillage remboursé par la sécurité sociale	400 % de la BR moins RSS
Appareillage non remboursé par la sécurité sociale	165 € par personne et par année civile
Appareil auditif (par oreille)	100 % du TM + 1 100 € par oreille
<b>Cure thermale remboursée par la sécurité sociale</b> <sup>(5)</sup>	
Pour un adulte	100 % TM + 250 € par personne
Pour un enfant jusqu'à la veille de son 16 <sup>e</sup> anniversaire	100 % TM + 275 € par enfant accompagné
<b>Contraception médicalement prescrite</b>	220 € par année civile <sup>(3)</sup>
<b>Ostéopathie</b> (dans la limite de 2 séances par personne et par année civile)	20 € par séance
<b>Actions de prévention</b>	
Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % du TM
BR : base de remboursement sécurité sociale. RSS : remboursement sécurité sociale. TM : ticket modérateur. (1) Sans limitation de durée. (2) Dans la limite de 90 jours par année civile. (3) Fait générateur = date de soin ou à défaut date de facture. (4) Pour les seuls bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la correction visuelle (période de 1 an). L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de celle de l'acquisition de l'équipement d'optique. (5) Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement remboursés ou non par la sécurité sociale.	

Les montants en euros sont indexés sur le plafond de la sécurité sociale, sauf décision contraire de la commission paritaire de pilotage.

## Grilles des garanties en matière d'optique

POUR LES ADULTES (À PARTIR DU 18 <sup>E</sup> ANNIVERSAIRE)						
Unifocaux/ Multifocaux	Avec/sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Unifocaux	Sphérique	2203240 – 2287916	De – 6 à + 6	2,29 €	Verre simple	175 €
		2263459 – 2282793	De – 6,25 à – 10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2265330 – 2280660	De + 6,25 à + 10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2235776 – 2295896	< à – 10 ou > à + 10	7,62 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2226412 – 2259966	De – 6 à + 6	3,66 €	Verre simple	175 €
		2254868 – 2284527	< à – 6 ou > à + 6	6,86 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre > à 4	2212976 – 2252668	De – 6 à + 6	6,25 €	Verre complexe	315 €
		2288519 – 2299523	< à – 6 ou > à + 6	9,45 €	Verre complexe	315 €
Multifocaux	Sphérique	2290396 – 2291183	De – 4 à + 4	7,32 €	Verre complexe	315 €
		2245384 – 2295198	< à – 4 ou > à + 4	10,82 €	Verre très complexe	365 €
	Tout cylindre	2227038 – 2299180	De – 8 à + 8	10,37 €	Verre complexe	315 €
		2202239 – 2252042	< à – 8 ou > à + 8	24,54 €	Verre très complexe	365 €

POUR LES ENFANTS (MOINS DE 18 ANS)						
Unifocaux/ multifocaux	Avec/sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Unifocaux	Sphérique	2242457 – 2261874	De – 6 à + 6	12,04 €	Verre simple	175 €
		2243540 – 2297441	De – 6,25 à – 10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2243304 – 2291088	De + 6,25 à + 10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2248320 – 2273854	< à – 10 ou > à + 10	44,97 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2200393 – 2270413	De – 6 à + 6	14,94 €	Verre simple	175 €
		2219381 – 2283953	< à – 6 ou > à + 6	36,28 €	Verre complexe	315 €

POUR LES ENFANTS (MOINS DE 18 ANS)						
Unifocaux/ multifocaux	Avec/sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Multifocaux	Cylindre > à 4	2238941 – 2268385	De – 6 à + 6	27,90 €	Verre complexe	315 €
		2206800 – 2245036	< à – 6 ou > à + 6	46,50 €	Verre complexe	315 €
	Sphérique	2264045 – 2259245	De – 4 à + 4	39,18 €	Verre complexe	315 €
		2202452 – 2238792	< à – 4 ou > à + 4	43,30 €	Verre très complexe	315 €
	Tout cylindre	2240671 – 2282221	De – 8 à + 8	43,60 €	Verre complexe	315 €
		2234239 – 2259660	< à – 8 ou > à + 8	66,62 €	Verre très complexe	315 €

Ces couvertures excluent la prise en charge de :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins : absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (art. L. 161-32-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale). »

#### Article 4

##### *Insertion d'un article 4.3*

A l'issue de l'article 4.2 du protocole d'accord du 12 août 2008 il est inséré un article 4.3 ainsi rédigé :

##### « 4.3. Portabilité des garanties

Les salariés adhérents au régime, ainsi que leurs ayants droit qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, bénéficient, sans cotisation, du maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions légales. »

#### Article 5

##### *Modification du chapitre IV du titre I<sup>er</sup>*

Le chapitre IV du titre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé.

## « CHAPITRE IV

### HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ

#### Article 10

##### *Gestion et financement des actions de haut degré de solidarité*

Les actions de haut degré de solidarité caractérisant le régime sont gérées et financées conformément aux dispositions du titre III. »

#### Article 6

##### *Abrogation de l'article 15*

L'article 15 du protocole d'accord du 12 août 2008 intitulé « Fonds de financement des cotisations des anciens salariés » est abrogé.

#### Article 7

##### *Modification du chapitre III du titre II*

Le chapitre III du titre II du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

## « CHAPITRE III

### HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ

#### Article 15

##### *Gestion et financement des actions de haut degré de solidarité*

Les actions de haut degré de solidarité caractérisant le régime sont gérées et financées conformément aux dispositions du titre III. »

#### Article 8

##### *Insertion d'un titre III*

A la suite du titre II du protocole d'accord du 12 août 2008, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

## « TITRE III

### HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ DU RÉGIME

#### Article 16

##### *Fonds de solidarité des régimes*

Il est institué un fonds de solidarité destiné au financement des actions relevant du haut degré de solidarité prévues aux articles 10 et 15 du présent accord. Celles-ci sont définies conformément à l'article 16.2.

Le fonds de solidarité est géré dans le cadre du titre IV.

##### 16.1. Financement du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité des régimes est financé par :

- le produit de la retenue visée par le chapitre XV du règlement intérieur type ;
- une dotation annuelle décidée par la commission paritaire de pilotage, en concertation avec les assureurs recommandés, prélevée sur le compte de résultat des régimes ;
- les dons et legs de toute nature.

Le financement du fonds de solidarité représente, chaque année, un montant au moins égal à 2 % des cotisations visées aux articles 5 et 14 du présent accord.

## 16.2. Actions relevant du haut degré de solidarité

La commission paritaire de pilotage définit, en lien avec les assureurs recommandés, les actions relevant du haut degré de solidarité conformes aux dispositions réglementaires et dans le respect des orientations suivantes :

- le produit de la retenue visée par le chapitre XV du règlement intérieur type est affecté au financement du régime des anciens salariés ;
- tout ou partie du solde du fonds prévu à l'article 16.1 est affecté :
  - à l'attribution d'allocations exceptionnelles aux bénéficiaires du présent protocole qui auront dû faire face à des dépenses de santé (médicales ou paramédicales) particulièrement importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources financières ;
  - à des actions de prévention destinées à réduire les risques de santé.

## 16.3. Fonctionnement

La commission paritaire de pilotage établit le règlement de gestion et financement des actions relevant du haut degré de solidarité. »

### **Article 9**

#### *Modification du titre III*

Le titre III du protocole d'accord du 12 août 2008 devient le titre IV.

### **Article 10**

#### *Modification de l'article 17*

L'article 17 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

#### « Article 17

##### *Composition et fonctionnement*

Une commission paritaire de pilotage (CPP) est constituée.

Elle est constituée de deux collègues.

L'un composé de deux titulaires par confédération syndicale nationale appelée à la négociation des accords collectifs nationaux de travail conclus dans le champ des conventions collectives du 8 février 1957, 25 juin 1968 et 4 avril 2006, et d'autant de suppléants.

L'autre composé d'autant de représentants, désignés par l'UCANSS, parmi lesquels doivent figurer le directeur de chacune des caisses nationales ou son représentant et le directeur de l'UCANSS ou son représentant.

La commission paritaire de pilotage élit en son sein un président et un vice-président qui ne peuvent appartenir au même collège.

La durée du mandat des membres de la commission paritaire de pilotage est de 5 ans.

Leur mandat est renouvelable.

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence des membres titulaires.

Si ni le titulaire ni le suppléant ne peuvent siéger, ils peuvent donner un pouvoir à un membre de leur collège.

La commission paritaire de pilotage peut valablement délibérer dès lors que les deux collègues sont représentés, et que le quorum, qui correspond à la majorité des membres, est atteint dans chaque collège.

Les délibérations sont adoptées par consensus, et, à défaut, par obtention de la majorité des voix dans chacun des collèges.

La commission paritaire de pilotage élabore son règlement intérieur déterminant les conditions de son fonctionnement. »

## **Article 11**

### *Modification de l'article 18*

L'article 18 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

#### « Article 18

##### *Attributions*

La commission paritaire de pilotage a, notamment, pour missions :

- de veiller à la parfaite application du présent accord, tant au regard des droits et obligations des organismes et de leurs salariés et anciens salariés, qu'au regard des conditions de gestion des régimes par les assureurs ;
- de réaliser dans le respect des conditions réglementaires applicables les procédures de sélection des organismes d'assurance recommandés chargés de mettre en œuvre la mutualisation et les actions de haut degré de solidarité. Le processus et les critères de sélection font l'objet de l'annexe I ;
- de déterminer les modalités de partage des risques au regard de l'assurance et de la gestion ;
- d'établir, avec le concours éventuel de tous conseils extérieurs utiles, les comptes consolidés de façon à vérifier, en permanence, les conditions dans lesquelles la mutualisation est garantie par les assureurs. Elle est destinataire de toutes les informations liées aux comptes de résultats tenus par les assureurs. Elle veille à la parfaite coordination des interventions des différents assureurs recommandés et peut, à cette fin, établir tout règlement intérieur relatif notamment à la procédure de recommandation et/ou aux obligations devant être respectées par lesdits assureurs, dès lors que ce(s) règlement(s) complète(nt) les dispositions du présent accord ;
- de déterminer les conditions de gestion propres à garantir la meilleure qualité de service aux salariés et anciens salariés ;
- de faire toutes propositions aux organisations syndicales et à l'UCANSS visant à garantir à long terme l'équilibre des régimes ;
- de contrôler l'évolution des cotisations et des couvertures du régime des anciens salariés (titre II) ;
- d'intervenir en qualité d'arbitre en cas de difficultés, liées à l'application ou l'interprétation du présent accord, survenant entre les organismes de sécurité sociale et les assureurs ;
- de contrôler que toutes les conventions susceptibles d'être conclues entre les assureurs, eux-mêmes, ou avec tout tiers susceptible d'intervenir dans la gestion administrative ou financière des régimes, concourent effectivement aux objectifs de mutualisation et à la qualité de la couverture ; à cette fin, la commission paritaire de pilotage est informée au préalable, et dispose de l'autorité requise sur les assureurs recommandés, et les tiers, pour leur enjoindre de ne pas recourir à tout procédé susceptible de contrevenir à ces objectifs et/ou de ne pas les appliquer ;
- d'établir, à destination des organisations syndicales et de l'UCANSS, tous les 2 ans, un rapport circonstancié sur les conditions dans lesquelles les assureurs recommandés garantissent la mutualisation et réalisent la mise en œuvre des actions relevant du haut degré de solidarité, sans préjudice de les saisir, sans délai, de toute difficulté ;
- d'accepter, ou de refuser, l'adhésion au régime de tout organisme qui en fait la demande, à condition qu'il soit tenu à l'égard de tout ou partie de ses salariés par une ou plusieurs des conventions collectives nationales de travail applicables au sein du régime général de la sécurité sociale et qu'il accepte de participer au financement des actions relevant du haut degré de solidarité prévues par le titre III du présent accord ;
- de définir, dans le cadre de l'article 16 du présent accord, les actions relevant du haut degré de solidarité.



Pour mener à bien ses missions, la commission paritaire de pilotage, sous son contrôle permanent, peut s'associer le concours de tous conseils et notamment d'actuaire, de juristes et/ou de conseils en assurance et/ou finances. La commission paritaire de pilotage valide chaque année, au vu du rapport qui lui est présenté par un expert, les comptes consolidés. »

## **Article 12**

### *Modification du titre IV*

Le titre IV du protocole d'accord du 12 août 2008 devient le titre V.

## **Article 13**

### *Modification de l'article 19*

L'article 19 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

#### « Article 19

##### *Principe*

Le triple objectif de mutualisation, de haut degré de solidarité et de qualité de service impose que tous les salariés bénéficient des mêmes conditions de garantie et de financement, ce qui suppose que tous les assureurs participant à la mutualisation s'engagent à :

- assurer les garanties visées à l'article 4 aux conditions de coûts qui y sont prévues, respecter les dispositions du présent accord et s'interdire de proposer aux organismes de sécurité sociale toutes autres conditions ;
- participer, ensemble, à la constitution d'un compte consolidé « actifs » et d'un compte consolidé « anciens salariés » de telle sorte qu'il y ait une compensation « professionnelle » des résultats pour chacun de ces comptes, indépendamment l'un de l'autre, chaque assureur apportant à l'ensemble des autres ses résultats, au titre du compte considéré, qu'ils soient positifs ou négatifs et participant, à due concurrence, à l'équilibre technique dans les conditions qui seront établies par accord entre tous les assureurs et dûment approuvées par la commission paritaire de pilotage ;
- respecter le cahier des charges d'assurance et de gestion établi par la commission paritaire de pilotage et relatif notamment aux délais de remboursement et d'une façon générale aux relations entre l'ensemble des acteurs.

En conséquence, chaque organisme de sécurité sociale est tenu :

- de faire bénéficier ses salariés du régime défini au titre I<sup>er</sup> dans les conditions de garanties qu'il établit ;
- de ce fait, d'adhérer, pour l'ensemble de ses salariés concernés par le régime, à un assureur offrant au minimum les garanties du régime.

Chaque salarié est tenu d'accepter l'adhésion faite par l'organisme de sécurité sociale employeur et de participer au financement du régime obligatoire, à due concurrence de la part salariale définie par le présent accord, sauf le cas échéant, au regard des dispenses d'adhésion visées à l'article 3.12. »

## **Article 14**

### *Modification de l'article 20*

L'article 20 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé.

### 20.1. Recommandation des assureurs

A l'issue de la procédure transparente de mise en concurrence conduite par la commission paritaire de pilotage dans le respect des dispositions réglementaires et de l'annexe I du présent accord, les partenaires sociaux identifient au maximum trois organismes assureurs à qui ils confèrent la qualité d'assureur recommandé.

Différents organismes assureurs peuvent concourir ensemble et de façon indissociable à la recommandation. Dans ce cas si la candidature unique de ces organismes assureurs est retenue, l'ensemble de ces organismes constitue un assureur recommandé.

Les assureurs recommandés établissent ensemble une assurance professionnelle collective des frais de santé.

Les recommandations n'ont pas de valeur contraignante pour les organismes.

Les partenaires sociaux s'engagent à réexaminer le choix des organismes assureurs recommandés tous les cinq ans. La procédure de mise en concurrence nécessaire à ce réexamen débute au plus tard 6 mois avant l'échéance de la période précitée.

### 20.2. Assurance professionnelle collective du régime par les assureurs

Les assureurs recommandés garantissent, ensemble, le régime, dans les conditions suivantes :

- la solidarité financière entre les assureurs recommandés est organisée selon un schéma déterminé par la CPP assisté de son actuaire-conseil conformément aux dispositions de l'article 20.3 ;
- un compte de résultat consolidé « actifs » est établi sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage, au regard des modalités de consolidation financière précisées à l'article 20.3 ; le compte de résultat concerne exclusivement les opérations visées au titre I<sup>er</sup>. Chaque assureur fournit, dans les conditions qui seront définies par le cahier des charges établi par la commission paritaire de pilotage, les informations utiles et notamment le montant des cotisations encaissées et des prestations versées et toutes analyses statistiques utiles. Il appartient à chaque assureur recommandé (et, ensemble, aux assureurs recommandés) de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et, à cette fin, de se doter des moyens financiers utiles ;
- un compte de résultat consolidé « anciens salariés » est établi sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage, au regard des modalités de consolidation financière précisées à l'article 20.3 ; chaque assureur fournit à la commission paritaire de pilotage les mêmes informations que celles visées au titre précédent. Ce compte est relatif aux bénéficiaires visés au titre II.
- les comptes de résultats consolidés sont approuvés par un expert identifié par la commission paritaire de pilotage. Ces comptes ainsi que les opérations qu'ils génèrent s'imposent aux assureurs recommandés qui, en toutes circonstances, restent seuls débiteurs des obligations découlant de la relation d'assurance. Avant l'arrêté des comptes de résultats consolidés, chaque assureur recommandé a communication des projets de comptes, peut faire toute observation et confirme sa validation.

Le fait que les comptes de résultat soient établis sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage ne constitue en aucun cas une substitution de la commission paritaire de pilotage aux assureurs.

### 20.3. Solidarité financière entre les assureurs recommandés

La commission paritaire de pilotage établit, en concertation avec les assureurs recommandés, les traités liant lesdits assureurs et toutes conventions nécessaires à l'application du présent accord.

Ces traités et ces conventions complémentaires ainsi que tous avenants ultérieurs définissent notamment :

- les conditions d'évaluation de la quote-part de chaque assureur recommandé, selon les mécanismes définis au point 20.2 ;
- les modalités de participation de chaque assureur recommandé à l'établissement des comptes consolidés « actifs » et « anciens salariés » tels que définis au point 20.2 ;
- les processus de gestion administrative et financière ; à ce titre, il peut être décidé que tous ou certains assureurs recommandés mettent en commun, dans le cadre qu'ils définiront sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage, des moyens humains, informatiques ou techniques et concluent toutes conventions de gestion financières ou administratives. La commission paritaire de pilotage peut décider que l'un des assureurs recommandés est désigné en qualité d'apériteur administratif. A ce titre l'apériteur est chargé d'assurer la coordination de la gestion administrative et technique entre tous les assureurs.

#### 20.4. Renouvellement et retrait de la recommandation

La qualité d'assureur recommandé est attribuée pour une période n'excédant pas cinq années civiles.

Au terme de chaque période quinquennale, la commission paritaire de pilotage met en œuvre la procédure requise afin de permettre aux partenaires sociaux de procéder, s'ils le souhaitent, à de nouvelles recommandations.

Pendant la période quinquennale, la recommandation est attribuée à un assureur précisément identifié (ou groupe d'assureurs précisément identifiés) ; la recommandation n'est pas cessible en conséquence d'une scission ou d'une fusion.

Les partenaires sociaux délèguent à la commission paritaire de pilotage la possibilité de retirer, en cours de période quinquennale, sa recommandation à l'un des assureurs recommandés si :

- ledit assureur ne remplit plus les conditions fixées à l'article 20.1 ;
- ledit assureur ne respecte plus les principes fixés à l'article 20.2 ou les traités et conventions visés à l'article 20.3 dans leur esprit ou dans leurs dispositions ;
- ledit assureur compromet les objectifs de mutualisation et/ou de qualité, notamment en cas de non-respect du cahier des charges d'assurance et de gestion visé à l'article 19.

Le retrait de la recommandation est décidé à la majorité des 2/3 des membres de la commission paritaire de pilotage, après que l'assureur recommandé concerné a été invité à s'expliquer et à présenter un éventuel plan de réconciliation.

Au terme de chaque période, au cas où l'un des assureurs n'est pas à nouveau recommandé ou en cas de retrait de la recommandation, les réserves et provisions constituées dans le cadre du présent accord, par l'assureur considéré et non affectées à la couverture des engagements et/ou au fonds prévu au titre III, en tant qu'elles sont issues de cotisations versées par les organismes et les salariés et ont donc vocation à être conservées au bénéfice des intéressés, sont attribuées à un ou plusieurs des assureurs recommandés. L'assureur est dégagé de toute obligation. Ne sont pas concernés par ces dispositions les provisions pour charges à payer et les engagements y correspondant. »

### Article 15

#### *Modification du titre VI*

Le titre V du protocole d'accord du 12 août 2008 devient le titre VI.

## **Article 16**

### *Modification de l'article 21*

Au dernier alinéa de l'article 21.1 et au dernier alinéa de l'article 21.2 du protocole d'accord du 12 août 2008, les mots : « Fonds de financement des cotisations des anciens salariés » sont remplacés par les mots : « Fonds de solidarité des régimes ».

## **Article 17**

### *Modification de l'article 22*

L'article 22 du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigé :

#### **« Article 22**

##### *Durée d'application*

Le présent accord et les régimes qu'il instaure sont établis pour une durée indéterminée.

Les régimes entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

L'entrée en application du présent accord à l'égard des organismes de sécurité sociale et de leurs salariés est subordonnée à :

- son agrément dans les conditions de l'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale ;
- la constitution de la commission paritaire de pilotage ;
- la recommandation des assureurs garantissant la mutualisation et au constat par la commission paritaire de pilotage que les assureurs, ensemble, ont établi les conditions garantissant ladite mutualisation.

Le présent accord peut être révisé dans les conditions définies par la loi, la révision ne pouvant avoir pour effet de compromettre des droits constitués avant son entrée en vigueur.

Le présent accord peut être dénoncé dans les conditions prévues par la loi, la résiliation ne pouvant avoir pour effet de compromettre les droits constitués avant son intervention.

Dans l'hypothèse où plus aucun assureur n'accepterait de garantir la mutualisation, le présent accord serait caduc ; il cesserait de s'appliquer sans délai. »

## **Article 18**

### *Modification de l'annexe I*

L'annexe I du protocole d'accord du 12 août 2008 est ainsi rédigée :

#### **« Annexe I**

##### **I. – Processus de recommandation**

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

###### *Procédure de mise en concurrence*

La responsabilité du choix final des organismes recommandés appartient aux partenaires sociaux participant aux négociations des accords collectifs nationaux de travail conclus dans le champ des conventions collectives du 8 février 1957, 25 juin 1968 et 4 avril 2006.

A ce titre, ils veillent au respect des principes de transparence de la procédure, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les organismes assureurs candidats, ainsi que, à chaque réexamen de la clause de recommandation, entre le ou les organismes assureurs déjà recommandés et les autres organismes assureurs candidats.

Ils ont décidé de déléguer à la commission paritaire de pilotage le soin d'organiser la procédure de mise en concurrence.

Les réunions organisées dans ce cadre doivent faire l'objet d'un compte rendu soumis à approbation des participants.

L'avis d'appel à la concurrence précise les critères d'évaluation des offres ainsi que leur pondération et leur hiérarchisation.

Il est inséré dans une publication à diffusion nationale habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances.

Il comporte :

- les conditions de recevabilité des candidatures, notamment leur délai de dépôt, qui ne peut être inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date de publication de l'avis, ainsi que leurs modalités d'envoi ;
- les conditions d'éligibilité des candidatures telles que définies dans la présente annexe ;
- les critères d'évaluation des offres, ainsi que leur pondération ou leur hiérarchisation ;
- le nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés au sens de l'article 20.1, à savoir 3.

Le cahier des charges comporte les éléments suivants :

- les garanties souhaitées et, le cas échéant, les services attendus ;
- la durée maximale de la clause de recommandation ;
- l'assiette et la structure des cotisations ;
- les conditions de révision des cotisations ;
- les objectifs de sécurité et de qualité recherchés ;
- les modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité ;
- les obligations qui incombent aux organismes assureurs recommandés, notamment en ce qui concerne l'information en direction des organismes et des salariés relevant de la branche, ainsi que les modalités de suivi du régime pendant la durée de la clause de recommandation et préalablement à son réexamen.

La sélection des candidats s'effectue selon les phases successives définies ci-après :

1° Seuls sont ouverts les plis des candidats reçus au plus tard à la date et à l'heure limites fixées dans l'avis d'appel à la concurrence. Tout dossier reçu hors délai ou incomplet est irrecevable ;

2° Les candidatures recevables en application du 1° sont examinées au regard des conditions d'éligibilité définies dans l'avis d'appel à la concurrence ;

3° Les candidatures éligibles en application du 2° sont analysées au regard du cahier des charges et classées en fonction des critères d'évaluation.

Le ou les candidats évalués le plus favorablement sont retenus.

## Article 2

### *Situation de conflit d'intérêt*

Lorsque la liste des organismes assureurs éligibles est arrêtée, chacun des participants à la réunion de la commission paritaire de pilotage est tenu de déclarer dans un délai de 8 jours l'existence éventuelle d'une situation de conflit d'intérêt.

Est considéré comme une situation de conflit d'intérêt le cas où l'un des participants exerce une activité salariée ou bien exerce ou a exercé, au cours des 5 dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes assureurs candidats ou du groupement auquel appartiennent ces organismes assureurs.

Les participants qui déclarent une situation de conflit d'intérêt ne peuvent prendre part à une délibération ou décision lors du processus de mise en concurrence.

## Article 3

### *Organismes assureurs candidats*

Les organismes assureurs qui souhaitent être recommandés doivent justifier répondre aux critères définis au II de la présente annexe ainsi que disposer des agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d'assurance définies par le présent accord.

Ils doivent communiquer l'ensemble des éléments nécessaires à la vérification des conditions d'éligibilité et à l'évaluation des offres.

A sa demande, chacun des candidats peut se faire communiquer le cahier des charges, ainsi qu'un document retraçant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population des assurés à couvrir.

Ils sont tenus de joindre au dossier de candidature la liste des relations commerciales et des conventions financières conclues ou poursuivies au cours de l'année civile précédant la publication de l'avis d'appel à la concurrence avec les organisations syndicales appelées à la négociation des accords collectifs nationaux de travail conclus dans le champ des conventions collectives du 8 février 1957, 25 juin 1968 et 4 avril 2006, et l'UCANSS.

Les organismes assureurs non retenus à l'issue du processus doivent être informés, par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai de 21 jours et les raisons doivent leur être fournies. Ils peuvent demander, par lettre recommandée avec avis de réception, des compléments d'explications qui doivent leur être fournis dans un délai de 2 mois.

## II. – Critères d'éligibilité et d'évaluation des offres

### Article 4

#### *Groupement d'assureurs*

Plusieurs assureurs peuvent décider de se réunir afin de remplir ensemble les critères d'éligibilité et d'évaluation en vue de présenter une offre de candidature indissociable.

Dans ce cas, ils désignent, parmi eux, un chef de file auquel ils donnent mandat pour les représenter en toute circonstance.

Ce chef de file constitue ainsi l'interlocuteur unique pour le compte du groupement.

### Article 5

#### *Critères d'éligibilité*

Au regard du contexte spécifique du dispositif mis en œuvre dans le cadre du présent accord, seuls pourront être recommandés les assureurs réunissant les critères suivants :

5.1. Disposer des agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d'assurance concernées par le protocole d'accord.

5.2. Les encaissements de frais médicaux net de réassurance doivent être au minimum de 400 M € en moyenne sur les 3 dernières années.

5.3. Disposer d'une expérience dans la participation à la gestion de régimes de frais de santé de branche ou d'entreprises et, dans ce cadre, couvrir au moins 200 000 salariés dont au moins 3 branches professionnelles ou entreprises représentant chacune au moins 10 000 salariés.

5.4. Disposer de fonds propres dans les conditions suivantes :

- taux de couverture du SCR (Solvency Capital Requirement) par les fonds propres, au sens de Solvabilité 2 d'au minimum 180 %, l'analyse étant faite au niveau de l'entité, du chef de file visé à l'article 4 de la présente annexe ou du groupe prudentiel d'appartenance (société de groupe d'assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe) ;

– répartition des fonds propres d’au moins 80 % dans la catégorie 1 (« FP de catégorie 1 »), l’analyse étant faite au niveau de l’entité, du chef de file visé à l’article 4 de la présente annexe ou du groupe prudentiel d’appartenance (société de groupe d’assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe).

5.5. Disposer d’au moins 35 implantations locales réparties sur le territoire.

5.6. Permettre aux adhérents de bénéficier d’un réseau de soin, ou de conventionnements avec des professionnels de santé, mobilisables sur l’ensemble du territoire, notamment en matière d’optique et de soins dentaires.

## Article 6

### *Critères d’évaluation des offres*

Les critères d’évaluation des offres sont les suivants :

6.1. La pertinence et la pérennité de l’offre tarifaire - 25 % du poids total.

6.2. L’expérience dans la gestion de régimes de l’économie sociale et solidaire ou de la sécurité sociale - 15 % du poids total.

6.3. La qualité de la gestion et du système d’information - 15 % du poids total.

6.4. Le proximité et le maillage territorial - 15 % du poids total.

6.5. La disponibilité et la qualité du reporting technique et financier - 10 % du poids total.

6.6. Les services et actions en faveur de la maîtrise des dépenses (réseau de soins, etc.) - 10 % du poids total.

6.7. Les services et actions en matière de prévention - 10 % du poids total. »

## Article 19

### *Incidences sur les autres textes conventionnels*

#### 19.1. Chapitre XV du règlement intérieur type

Au chapitre XV du règlement intérieur type, le deuxième alinéa du point « Règlement des appointements » est ainsi rédigé :

« A cet effet, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu’elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au fonds de solidarité des régimes instauré par l’accord établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale. »

#### 19.2. Article 22 de la convention collective de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables des organismes de sécurité sociale et d’allocations familiales

Le deuxième alinéa de l’article 22 de la convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables des organismes de sécurité sociale et d’allocations familiales est ainsi rédigé :

« En outre, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu’elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au fonds de solidarité des régimes instauré par l’accord établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale. »

#### 19.3. Article 27 de la convention collective nationale de travail du 4 avril 2006 des praticiens conseils du régime général de sécurité sociale

Le dernier alinéa de l’article 27 de la convention collective nationale de travail du 4 avril 2006 des praticiens conseils du régime général de sécurité sociale est ainsi rédigé :



« A cet effet, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au fonds de solidarité des régimes instauré par l'accord établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale. »

19.4. Protocole d'accord du 1<sup>er</sup> octobre 2008 établissant un régime complémentaire de couverture de frais de santé au profit des praticiens conseil au sein du service du contrôle médical de l'assurance maladie

Le protocole d'accord du 1<sup>er</sup> octobre 2008 établissant un régime complémentaire de couverture de frais de santé au profit des praticiens conseil au sein du service du contrôle médical de l'assurance maladie est abrogé.

## **Article 20**

### *Dispositions d'application*

Le présent avenant révisé le protocole d'accord du 12 août 2008.

Il s'applique sous réserve de l'agrément prévu par le code de la sécurité sociale pour une durée indéterminée dans les mêmes conditions que le protocole qu'il révisé.

Il ne vaut en aucun cas engagement unilatéral de l'employeur.

Fait à Paris, le 28 juin 2016.

(Suivent les signatures.)