

Brochure n° 3110

Convention collective nationale
IDCC : 2247. – ENTREPRISES DE COURTAGE D'ASSURANCES
ET/OU DE RÉASSURANCES

ACCORD DU 26 OCTOBRE 2017
RELATIF AUX FRAIS MÉDICAUX (ANNEXE VII)
NOR : ASET1850141M
IDCC : 2247

Entre :
CSCA,
D'une part, et
FEC FO ;
FSPBA CGT ;
SNECAA CFE-CGC ;
SN2A CFTC ;
FBA CFDT,
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

ANNEXE VII

FRAIS MÉDICAUX

PRÉAMBULE

Le présent avenant est pris en application des dispositions légales et réglementaires fixant le nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Par cet avenant, les partenaires sociaux de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances décident de mettre en conformité le régime complémentaire de frais de soins de santé prévu à l'annexe VII à la convention collective avec les nouvelles exigences du contrat dit « responsable ».

À travers cette mise en conformité, les partenaires sociaux souhaitent que les entreprises de la branche professionnelle bénéficient des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Les parties signataires du présent avenant rappellent que la couverture complémentaire de frais de soins de santé mise en place au profit des salariés de la branche relève de la responsabilité des employeurs libres de choisir l'organisme assureur, sous réserve du respect des garanties minimales définies dans le présent avenant.

Cet avenant remplace et rend caduc l'avenant du 15 septembre 2011 (étendu par arrêté du 2 avril 2012, *Journal officiel* du 11 avril 2012) instituant un régime complémentaire de frais de soins de santé au niveau de la branche.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord définit les garanties minimales prévues par le régime de frais de soins de santé des entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances.

Article 2

Bénéficiaires des garanties

Les salariés des entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances bénéficient à titre obligatoire des garanties collectives de frais de soins de santé définies dans le présent avenant.

Les entreprises de la branche professionnelle pourront choisir d'étendre le bénéfice de ces garanties à l'ensemble des membres de la famille du salarié. Cette faculté devra faire l'objet d'un formalisme conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le salarié en congé parental a la faculté de pouvoir continuer à adhérer au régime de frais médicaux ; dans ce cas, il supportera l'intégralité des cotisations.

Article 3

Dispenses d'affiliation

Il existe des cas dans lesquels le salarié peut être, à sa demande, dispensé d'adhérer au régime complémentaire de frais de soins de santé.

Ainsi, peut bénéficier d'une dispense d'affiliation :

- le salarié en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 3 mois s'il justifie du bénéfice d'une couverture complémentaire santé individuelle respectant les exigences du contrat dit « responsable » ;
- le salarié bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS. Dans ce cas, la dispense d'affiliation ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- le salarié déjà couvert par une assurance individuelle de frais de soins de santé au moment de la mise en place du régime ou, si elle est postérieure, au moment de son embauche. La dispense n'est possible que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- le salarié bénéficiant, par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une des couvertures suivantes :
 - une couverture complémentaire santé collective et obligatoire ;
 - le régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;
 - le régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;
 - la mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales ;
 - les contrats de groupe dits « Madelin ».

la dispense d'affiliation ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture.

En tout état de cause, la demande doit être formulée par écrit par le salarié et adressée à l'employeur au moment de l'embauche, de la mise en place du régime ou de sa prise d'effet.

Les entreprises de courtage d'assurances et/ou de réassurances pourront également prévoir les dispenses d'affiliation suivantes dans le respect d'un formalisme conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Ainsi, peut, à sa demande, et quelle que soit sa date d'embauche, être dispensé de s'affilier au régime complémentaire de frais de soins de santé :

- le salarié ou l'apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tout document, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- le salarié et l'apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- le salarié à temps partiel et l'apprenti dès lors que l'adhésion au régime complémentaire de frais de soins de santé le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

En tout état de cause, la demande est formulée par écrit et adressée à l'employeur au moment de l'embauche, de la mise en place du régime ou de sa prise d'effet.

Article 4

Tableau des garanties

Les garanties viennent en complément du remboursement du régime de base (MR) sauf mention contraire (BR-MR).

NATURE DES PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	
Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO
	100 % des frais réels limité à 400 % de la BR (400 % de la BR limités à 80 % des frais réels en secteur non conventionné)	
Honoraires	100 % des frais réels dans la limite de 400 % de la BR	200 % de la BR-MR
La chambre particulière	100 % des frais réels limité à 2,5 % du PMSS (81,73 € pour l'année 2017) par jour	
Le lit d'accompagnant	100 % des frais réels limité à 1,5 % du PMSS (49,04 € pour l'année 2017) par jour	
Forfait journalier d'hospitalisation	100 % des frais réels	
Frais de santé		
Soins médicaux courants Actes de pratique médicale courante tels que : – consultations, visites – auxiliaires médicaux – actes d'imagerie hors échographie – actes d'échographie, Doppler – analyses, laboratoires – transport du malade – prothèses non dentaires	Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO
	150 % de la BR-MR	130 % de la BR-MR
Pharmacie	Ticket modérateur	

NATURE DES PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES
Optique ⁽¹⁾ Équipement avec 2 verres simples (2) dont monture Équipement avec 2 verres complexes ⁽³⁾ dont monture Équipement avec 2 verres très complexes ⁽⁴⁾ dont monture Lentilles prises en charge ou non par la sécurité sociale	400 € (dont 150 € maximum pour la monture) 560 € (dont 150 € maximum pour la monture) 620 € (dont 150 € maximum pour la monture) 5 % du PMSS par an
Soins et prothèses dentaires Les consultations et soins dentaires Les prothèses dentaires L'orthodontie prise en charge par la sécurité sociale Les implants dentaires	125 % de la BR-MR 150 % de la BR dans la limite des frais réels et de 35 % du PMSS (1 144,15 € pour l'année 2017) par salarié bénéficiaire et par année 125 % de la BR + 5 % du PMSS (163,45 € pour l'année 2017) 5 % du PMSS (163,45 € pour l'année 2017) par implant dans la limite des frais réels et de 2 implants par an
Maternité Forfait La chambre particulière	10 % du PMSS (326,9 € pour l'année 2017) 1,5 % du PMSS (49,04 € pour l'année 2017) par jour dans la limite de 4 jours et des frais réels
Médecine douce Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étio-pathe, naturopathe, acupuncteur, psychomotricité (jusqu'à 18 ans), podologie	40 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention Sevrage tabagique (patch, gomme, hypnotiseur...) Vaccin antigrippe Le test HPV (cancer col de l'utérus) non pris en charge par la sécurité sociale (tous les 3 ans)	Forfait 50 € par an et par bénéficiaire 100 % des frais réels (1 vaccin par an) 350 % de la BR-MR
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale Frais de séjour	10 % du PMSS (326,9 € pour l'année 2017) dans la limite des frais réels
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. BR : base de remboursement de la sécurité sociale. (1) Une paire de lunettes tous les 2 ans sauf évolution de la prescription médicale de l'ophtalmologiste. (2) Verres simples : verres simples foyer à sphère comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4 dioptries. (3) Verres complexes : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. (4) Verres très complexes : multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.	

Article 5

Portabilité des droits

En cas de rupture ou de fin du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié et, le cas

échéant, ses ayants droit bénéficient du maintien des garanties du régime de frais de soins de santé prévu par la présente annexe.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Il s'applique dès la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat du salarié dans l'entreprise ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail s'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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'organisme assureur 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.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définie à l'article 7 du présent accord.

Article 6

Mise en œuvre du régime

Les entreprises ont la liberté de choix de l'organisme qui gère le régime frais médicaux de leurs salariés, et le cas échéant, de leurs ayants droit en respectant les conditions définies dans le présent avenant.

L'appréciation des niveaux de garanties s'effectue poste par poste.

Article 7

Financement des garanties de santé

Le financement des garanties collectives du présent accord est assuré par une contribution collectée par l'organisme assureur sélectionné par chaque entreprise.

Les cotisations seront prises en charge pour les 2/3 par l'employeur et pour 1/3 par le salarié.

Cette répartition s'applique uniquement pour les niveaux minima de garanties fixés dans le tableau de garanties ci-avant. Les entreprises de courtage d'assurances et/ou de réassurances, souhaitant instaurer des niveaux de garanties supérieurs aux minima fixés dans le tableau de garanties ci-avant, pourront déterminer pour lesdits niveaux une répartition des cotisations entre employeur et salarié différente de celle prévue au 2^e alinéa du présent article dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Le principe précisé à l'alinéa 3 du présent article est également applicable en ce qui concerne la répartition des cotisations pour des prestations non prévues par le tableau de garanties ci-avant.

Article 8

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le lendemain de la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension pris par le ministre du travail et au plus tôt le 1^{er} janvier 2018.

À défaut d'extension, cet accord ne sera pas applicable. Toutefois, cela ne dispense pas les entreprises de la branche de se mettre en conformité avec la réglementation sur les contrats « responsables » en vigueur à cette date.

Article 9

Commission de suivi

Les parties conviennent de se réunir à nouveau, 24 mois après la date d'entrée en vigueur.

Fait à Paris, le 26 octobre 2017.

(Suivent les signatures.)