

Brochure n° 3170

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 538. – MANUTENTION FERROVIAIRE**  
**ET TRAVAUX CONNEXES**

---

ACCORD DU 21 MARS 2018  
RELATIF AU RÉGIME PROFESSIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ  
NOR : ASET1850558M  
IDCC : 538

---

Entre :  
SAMERA,  
D'une part, et  
FGTE CFDT ;  
FEETS FO ;  
USPDA CGT ;  
SUD rail,  
D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Considérant la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi instaurant la généralisation de la couverture complémentaire santé les partenaires sociaux de la branche ont instauré par un accord collectif du 29 juin 2015 une couverture collective minimale de frais de santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les parties signataires ont entendu définir ce régime professionnel de branche comme un dispositif de référence suffisamment complet et adapté aux besoins des salariés et entreprises de la branche afin que salariés et employeurs bénéficient au mieux des avantages procurés par une mutualisation des frais de santé sur la base la plus large possible.

Les partenaires sociaux ont également entendu promouvoir des principes qui contribuent également à faire du régime santé « une référence » pour la mise en œuvre de ce volet de la protection sociale des salariés :

- instaurer un standard professionnel unifié en matière de choix et de qualité : des garanties, des prestations, des réseaux de soins, de la gestion, des services apportés aux assurés ;
- respect des contrats responsables et promotion d'une « consommation responsable » des prestations santé ;
- appui aux dispositifs de prévention de la santé et dépistage des risques lourds ;
- action sociale adaptée aux besoins et attentes des salariés de la branche visant à faciliter leur accès aux soins et aux dispositifs adaptés de prévention des risques ;

- pilotage responsable, précis, régulier du régime s'appuyant sur une gestion administrative « indépendante » du régime facilitant l'accès direct aux informations permettant le suivi du régime afin d'analyser la pertinence de la couverture retenue et la maîtrise de son coût.

Par avenant du 7 mars 2016 à l'accord du 29 juin 2015 les partenaires sociaux ont révisé ce dernier pour tenir compte :

- de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires intervenues dans les domaines couverts par l'accord depuis sa signature et notamment l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour son application ;
- des remarques formulées sur les dispositions de l'accord par la direction de la sécurité sociale et par la direction générale du travail ;
- des erreurs matérielles constatées lors de la préparation de la mise en gestion et de la mise en œuvre de l'accord ;
- préciser certaines dispositions pour faciliter l'interprétation et la mise en œuvre de l'accord.

Par avenant du 12 juillet 2016, les signataires de l'accord collectif du 29 juin 2015 relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé dans la branche manutention ferroviaire et travaux connexes à cet accord ont entendu préciser à l'annexe 4 dudit accord, les conditions, périodicité et modalités du réexamen de la recommandation de l'organisme assureur.

Par avenant du 14 septembre 2017, les partenaires sociaux de la branche ont entendu :

- afin d'affirmer et de conforter la solidarité au sein de la branche telle que la loi et le décret n° 2017-162 du 9 février 2017 relatif au financement et à la gestion de façon mutualisée des prestations mentionnées au paragraphe IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale les y invitent, les partenaires sociaux de la branche préciser les prestations mutualisées dans un fonds géré par un gestionnaire choisi par la CPPNI-MF et au financement duquel toutes les entreprises de la branche devront concourir ;
- réviser les dispositions relatives au contrôle et suivi du régime.

L'arrêté du 11 décembre 2015 (*JO* du 17 décembre 2015) portant extension de l'accord du 29 juin 2015 conclu dans le cadre de la CCN Manutention ferroviaire et travaux connexes et instaurant le régime de frais de santé de la branche ayant fait l'objet d'un recours visant à son annulation, les partenaires sociaux de la branche ont entendu réaffirmer au sein du présent accord du 21 mars 2018 l'ensemble des dispositions conventionnelles ci-dessus mentionnées et relatives à ce régime et à la prise en compte des dernières évolutions législatives et réglementaires.

Le présent accord a donc pour objet de se substituer à tout accord collectif de branche ayant le même objet. À cette fin, il annule et remplace dans toutes ses dispositions l'accord collectif du 29 juin 2015 et ses avenants successifs.

## CHAPITRE IER

### OBJET ET MISE EN ŒUVRE DU RÉGIME

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

##### *Objet du régime*

Il est institué un régime collectif frais de santé au profit des catégories de salariés définies à l'article 3 du présent accord qui relèvent de la branche Manutention ferroviaire et travaux connexes.

Ce régime s'impose à l'ensemble des entreprises de la branche, et comprend un niveau de garanties minimum, un montant de cotisations minimum, des dispenses d'affiliation et un haut degré de solidarité.

Le présent régime obligatoire est mutualisé auprès d'un organisme recommandé qui a été retenu aux termes d'une mise en concurrence, conformément à la réglementation fixée par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

## CHAPITRE II

### ADHÉSION DES ENTREPRISES ET AFFILIATION DES ASSURÉS

#### Article 2

##### *Champ d'application de l'accord*

Le régime frais de santé obligatoire s'applique à toutes les entreprises relevant du champ de la convention collective manutention ferroviaire et travaux connexes.

#### Article 3

##### *Salariés bénéficiaires du régime. – Adhésion obligatoire*

Sous réserve des dispositions de l'article 4 ci-dessous, sont obligatoirement affiliés par leur employeur au régime conventionnel collectif et obligatoire de frais de santé (adhésion obligatoire) l'ensemble des salariés non cadres, des entreprises relevant du champ d'application défini à l'article 2 du présent accord.

#### Article 4

##### *Salariés bénéficiaires du régime. – Cas dérogatoires, dispenses d'adhésion*

Les dispenses d'affiliation ne peuvent en aucun cas être imposées par l'employeur qui a pour obligation de proposer aux salariés concernés par le présent accord l'affiliation à la garantie de frais de soins de santé.

En dehors des cas de dispense d'adhésion d'ordre public (ou « de droit ») prévues aux articles D. 911-2, D. 911-3 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale, les salariés peuvent à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'adhérer au régime complémentaire frais de santé de branche défini par le présent accord, conformément aux dispositions réglementaires, à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties en matière de remboursement frais de santé ;
- les salariés CDD et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée de moins de 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les apprentis et salariés à temps partiel, dont la cotisation excède 10 % de leur rémunération brute.

Les entreprises qui souhaitent conserver leur niveau de garanties, leur tarification et la répartition de celle-ci y seront autorisées lorsque le régime frais de santé déjà existant est au moins aussi favorable que celui mis en place dans le présent accord et présente un caractère obligatoire.

## CHAPITRE III

### GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

#### Article 5

##### *Date d'effet des garanties*

Les garanties prennent effet dès que le salarié est affilié au régime.

## **Article 6**

### *Périodes de suspension du contrat de travail*

#### **Article 6.1**

##### *Maladie. – Accident du travail. – Maladie Professionnelle. – Maternité*

Les garanties et les cotisations employeurs et salariés afférentes sont maintenues pendant la totalité de la durée d'absence des salariés et ce sans limite dans les cas suivants :

- maladie ;
- accident du travail et maladie professionnelle ;
- congé de maternité.

#### **Article 6.2**

##### *Périodes de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de la rémunération*

Les garanties, la participation de l'employeur et celle du salarié sont suspendues lorsque les périodes de suspension ne donnent pas lieu à maintien de la rémunération.

Par exception à ce principe, les parties signataires conviennent que les garanties seront maintenues pendant une durée de 30 jours consécutifs (maximum par année civile) à l'occasion de congés sans solde prévus par le code du travail ou pris par les salariés dans le but d'étendre leurs droits à congés payés (congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique sans maintien de rémunération).

À l'exception de la situation visée à l'alinéa précédent, la suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle (et donc exceptionnellement au 31<sup>e</sup> jour suivant celle-ci), et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du régime de branche complémentaire santé, sauf à ce que le salarié continue à titre individuel d'adhérer au régime auprès de l'organisme gestionnaire et s'acquitte de la totalité des parts employeur et salarié de la cotisation couvrant les prestations d'assurance correspondantes.

## **Article 7**

### *Portabilité des garanties du régime conventionnel obligatoire de frais de santé*

Le maintien des garanties du régime de branche complémentaire santé est organisé conformément aux termes de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

## **Article 8**

### *Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (« loi Évin »)*

Le régime complémentaire santé de la branche prévoit un maintien strict des garanties conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » et son décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

## **Article 9**

### *Position des partenaires sociaux sur l'adaptation du régime pour les cas de sortie de branche (retraités, chômeurs, invalides)*

Les partenaires sociaux demandent que l'organisme assureur propose aux retraités, chômeurs ou invalides une couverture complémentaire santé avec des garanties de nature ou de niveau identiques à celle du contrat collectif obligatoire en vigueur au titre du régime de branche pour un tarif ne

pouvant être supérieur de plus de 50 % à celui des actifs. Pour les contrats souscrits en application de l'article 4 de la loi Évin à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017 il sera fait application des dispositions du décret n° 2007-372 du 21 mars 2017.

Concernant les retraités, les partenaires sociaux demandent que l'organisme assureur tout en conservant le même niveau de garantie, procède à des adaptations de celles-ci de façon à tenir compte des besoins spécifiques de cette population au regard de la couverture du risque santé.

## **Article 10**

### *Description des garanties du régime complémentaire santé de branche*

#### **Article 10.1**

##### *Régime complémentaire socle (obligatoire)*

Le niveau des prestations instauré par le régime de branche frais de santé obligatoire respecte :

- les contraintes du « contrat responsable » définies par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du code de la sécurité sociale ;
- ainsi que les niveaux de garanties minimum « panier de soins ANI » fixés par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Le tableau des prestations est présenté en annexe 1 au présent document.

#### **Article 10.2**

##### *Régimes complémentaires optionnels 1 et 2*

Le salarié pourra améliorer les prestations dont il bénéficie en souscrivant facultativement à sa charge exclusive aux garanties optionnelles, présentées en annexe 2 au présent accord.

#### **Article 10.3**

##### *Extension facultative des régimes complémentaires aux ayants droit des assurés*

Dans le cas de la mise en place d'un des régimes pour les salariés, le(s) régime(s) complémentaires(s) Socle ou optionnel(s) 1 et 2 pourra (ont) être étendu(s) facultativement au profit :

- du conjoint :
  - le conjoint non séparé judiciairement ;
  - le partenaire, dans le cadre d'un Pacs ;
  - le concubin.
- et des enfants à charge au sens de la sécurité sociale :

Les enfants sont considérés comme étant à charge :

- jusqu'à la date à laquelle ils atteignent leur 18<sup>e</sup> anniversaire ;
- par dérogation, jusqu'à leur 16<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants dans l'enseignement supérieur.

## **CHAPITRE IV**

### **COTISATIONS**

#### **Article 11**

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

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Le montant de la cotisation est indiqué à l'annexe 3 du présent accord. Celui-ci pourra être révisé dans le cadre des négociations prévues à l'article 17 du présent accord.

## Dispositions particulières à l'affiliation des salariés multi-employeurs

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche, la cotisation peut être proratisée entre les différents employeurs à la demande du salarié, sous réserve de justifier de leur pluriactivité au sein de la branche auprès de l'assureur du régime et de leurs employeurs. Le salarié à employeurs multiples de la branche a l'obligation, en cas de rupture d'un de ses contrats de travail, d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent de façon à ce que la totalité des cotisations soit toujours perçue par le régime.

Pour les salariés à temps partiel, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.

## CHAPITRE V

### PRÉVENTION COLLECTIVE DES RISQUES SANTÉ

#### Article 12

##### *Prestation collective de prévention des risques santé*

Les parties signataires de l'accord ont décidé de garantir une prestation de prévention collective accessible à tous les salariés de la branche et pour ce faire de mettre les actions de prévention des risques santé et de dépistage des pathologies lourdes au cœur du régime complémentaire Socle obligatoire et des régimes complémentaires optionnels 1 et 2.

#### Article 12.1

##### *Prévention des risques santé (art. R. 871-2 CSS)*

La commission paritaire complémentaire santé a souhaité faciliter l'accès des salariés de la branche aux actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dont :

- le détartrage dentaire annuel ;
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (-14 ans) ;
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans ;
- le dépistage de l'hépatite B ;
- le bilan du langage écrit ou oral sur les bases des auxiliaires médicaux (-14 ans) ;
- l'ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale ;
- les vaccins pris en charge par la sécurité sociale et inscrits au calendrier vaccinal.

Au titre des prestations de prévention, sont également prévus un forfait de sevrage tabagique par bénéficiaire et par an permettant un remboursement partiel des patchs inscrits sur la liste de la sécurité sociale, le vaccin préventif du col de l'utérus bivalent.

#### Article 12.2

##### *Dépistage des pathologies lourdes*

Les parties signataires de l'accord ont également décidé de faciliter l'accès des salariés de la branche aux soins de dépistage des pathologies lourdes afin de faire reculer le taux de mortalité et/ou d'accroître l'espérance de vie liés à certains cancers :

- dépistage du cancer du côlon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test) ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus non remboursé ;
- dépistage du cancer du poumon ;
- dépistage du cancer du sein par échographie mammaire.

## CHAPITRE VI

### PRESTATIONS ET ACTIONS POURSUIVANT UN OBJECTIF DE SOLIDARITÉ

#### Article 13

##### *Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité*

Le présent accord instaure un régime frais de santé obligatoire présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributifs, qui prennent la forme :

- d'une prise en charge de la cotisation de certains salariés ;
- des actions de prévention de santé publique ;
- des prestations d'action sociale.

#### Article 13.1

##### *Prise en charge de la cotisation de certains salariés*

Les parties signataires prévoient la prise en charge totale de la cotisation (part salariale comprise) de tout apprenti.

#### Article 13.2

##### *Financement d'actions de prévention de santé publique*

Les parties signataires prévoient :

- le financement (part salariale comprise) des actions de dépistage concernant les risques de santé visés à l'article 12.2 du présent accord (« dépistage des pathologies lourdes » à l'exclusion de la « prévention des risques santé » prévue à l'article 12.1) ;
- le financement d'actions de prévention et l'éducation à la santé, ou visant plus généralement à favoriser le bien-être physique et moral des bénéficiaires du régime complémentaire santé.

#### Article 13.3

##### *Financement de prestations d'action sociale*

Les parties signataires ont également entendu conférer un « degré élevé de solidarité » au régime complémentaire de branche en demandant à ce que le régime de branche participe au financement d'un programme de prestations d'action sociale spécifiques au secteur.

Le programme de prestations d'action sociale comportant des types d'interventions adaptés aux besoins des salariés du secteur est défini par la commission paritaire de suivi et de pilotage complémentaire santé de la branche.

#### Article 14

##### *Financement et gestion des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité*

#### Article 14.1

##### *Financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité*

Les parties signataires décident que 2 % des cotisations finançant le régime santé de branche seront allouées au financement d'actions de prévention de santé publique et aux prestations d'action sociale. La prise en charge de la cotisation des apprentis prévue à l'article 13.1 est organisée dans le cadre de la mutualisation du régime de complémentaire santé de la branche.

La CPSP-CS manutention ferroviaire définit chaque année et à titre prévisionnel, dans le règlement du fonds de solidarité, la clé de répartition des ressources entre chacune des deux dernières garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.



## Article 14.2

### *Gestion de façon mutualisée des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité*

#### Article 14.2.1

##### *Création d'un « fonds de solidarité Manutention ferroviaire » (FS-MF)*

Conformément aux dispositions du 3° de l'article R. 912-3 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident qu'à compter de la date d'application du présent avenant un fonds nommé « fonds de solidarité Manutention ferroviaire » (FS-MF), commun à l'ensemble des entreprises de la branche (y compris à celles n'ayant pas rejoint l'organisme assureur recommandé à l'annexe IV du présent accord) sera créé afin de financer les prestations mentionnées aux articles 13.2 et 13.3 ci-dessus et de percevoir les ressources mutualisées mentionnées à l'article 14 1 ci-dessus.

#### Article 14.2.2

##### *Définition des modalités de fonctionnement du fonds de solidarité de branche – Pilotage par la CPSP-CS MF – Choix du gestionnaire du fonds de solidarité de branche*

##### *Pilotage des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité*

Les actions et les prestations prévues aux articles 13.2 et 13.3, ainsi que les règles de fonctionnement et d'attribution des prestations d'action sociale, sont déterminées par la CPSP-CS manutention ferroviaire. Elles sont précisées dans le règlement du fonds de solidarité.

Conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, la CPSP-CS Manutention ferroviaire contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés, qu'il s'agisse de l'organisme assureur recommandé défini à l'annexe IV de l'accord ou de tout autre organisme assureur.

##### *Choix du gestionnaire du fonds de solidarité de branche*

- l'organisme gestionnaire du FSMF est désigné selon une procédure d'appel d'offres ad hoc définie par la CPPNI-MF telle qu'elle a été mise en œuvre en 2015 pour le choix de l'organisme gestionnaire des cotisations et des prestations du régime de complémentaire santé. Cette procédure sera mise en œuvre pour la prochaine fois en 2020 (au plus tard) ou à la date du nouvel examen du choix de l'organisme assureur,
- par exception à cette règle, pour la période allant de la date d'application du présent accord à la date de renouvellement mentionnée ci-dessus, les parties signataires mandatent l'organisme assureur recommandé, Carcept prévoyance, pour gérer le fonds de solidarité mutualisé de la manutention ferroviaire (FSMF) pour l'ensemble des entreprises de la branche, pour la même périodicité que sa recommandation pour la couverture du régime complémentaire santé.

##### *Informations des entreprises de la branche concernant le fonds de solidarité de la manutention ferroviaire (FS-MF)*

L'ensemble des informations concernant la création, le fonctionnement, le pilotage et les actions du fonds de solidarité manutention ferroviaire font l'objet d'une information des entreprises et des salariés de la branche selon les canaux suivants :

- par les partenaires sociaux de la branche selon les modalités que ceux-ci retiennent pour communiquer à leurs mandants ;
- par le SAMERA pour les entreprises adhérentes selon les modalités en vigueur au sein du syndicat ;
- par l'organisme gestionnaire retenu pour la gestion du fonds de solidarité qui met à disposition des entreprises de la branche un site internet dédié ;
- par le règlement du fonds de solidarité.



## CHAPITRE VII

### CONTRÔLE ET SUIVI DU RÉGIME

#### Article 15

##### *Création et composition de la commission paritaire de suivi et de pilotage du régime complémentaire santé*

Il est créé une commission paritaire de suivi et de pilotage du régime de protection sociale complémentaire frais de santé dans la branche Manutention ferroviaire et travaux connexes.

Les parties rappellent que le fonctionnement et les modalités de gestion de ladite commission sont fixés dans le cadre d'un protocole de fonctionnement conclu entre ces derniers et l'organisme recommandé.

#### Article 16

##### *Missions de la commission paritaire de suivi et de pilotage*

La commission paritaire de suivi et de pilotage a pour objet de contrôler, de piloter et éventuellement faire évoluer le régime professionnel de frais de santé dans la branche manutention ferroviaire et travaux connexes.

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier les comptes détaillés du régime fournis et présentés par l'organisme assureur recommandé pour la garantie frais de santé et l'organisme gestionnaire ;
- de contrôler l'application du régime de frais de santé, de décider et gérer l'action sociale et les prestations et actions poursuivant l'objectif de solidarité du régime, et le pilotage du fonds de solidarité manutention ferroviaire (FS-MF) ;
- de délibérer sur les interprétations et litiges survenant dans l'application du régime ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime et d'organiser les évolutions du régime.

#### Article 17

##### *Évolution des garanties et cotisations du régime obligatoire*

À tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et/ou des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes du présent accord. Une information générale sera effectuée auprès des employeurs et des salariés de la branche.

## CHAPITRE VIII

### AUTRES DISPOSITIONS

#### Article 18

##### *Durée et date d'entrée en vigueur*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt dès son dépôt auprès de l'autorité administrative compétente pour les entreprises adhérentes au SAMERA.

Il se substitue à tout accord collectif de branche ayant le même objet. À cette fin, il annule et remplace dans toutes ses dispositions l'accord collectif du 29 juin 2015 et ses avenants successifs.

## **Article 19**

### *Révision et modification*

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les règles définies à l'article 41 de la CCN manutention ferroviaire et travaux connexes et la procédure prévue par les articles L. 2261-7 et 8 et L. 2261-9 du code du travail.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

## **Article 20**

### *Dépôt et publicité*

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6 ; L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail, par la partie la plus diligente.

## **Article 21**

### *Extension*

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent accord.

## **Article 22**

### *Absence de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés*

En raison de la nature des stipulations qu'il contient qui présentent un intérêt général de santé et de solidarité, le présent accord ne comporte aucune disposition spécifique au titre de l'article L. 2232-10-1 du code du travail pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 21 mars 2018.

(Suivent les signatures.)

# ANNEXE I

## TABEAU DES GARANTIES DU RÉGIME SOCLE

Famille d'actes	Libellé de l'acte	Régime complémentaire Socle (SS incluse)	
		Assistés	Garanties
Hébergement	Hébergement médical	BR	100%
	Hébergement chirurgical	BR	100%
	Hébergement d'hospitalisation		
	Actes de chirurgie, actes d'anesthésie	BR	150%
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130%
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	FR	100%
	Forfait hospitalier	Forfait	65€/jour
Soins courants	Chambre particulière	Forfait	10€/jour
	Chambre accompagnant enfant	BR	100%
	Transport		
	Consultations / Visites généralistes	BR	120%
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%
	Non signataires du contrat d'accès aux soins		
	Consultations / Visites spécialistes	BR	150%
Pharmacie	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130%
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%
	Analyses laboratoires	BR	100%
	Auxiliaires médicaux	BR	100%
	Radiologie, imagerie, échographie		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%
Optique	Actes de chirurgie, actes techniques		
	Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150%
	Non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130%
	Véhicule pour handicapé physique (VHP)	BR	200%
	Pharmacie remboursée à 65%	BR	100%
	Pharmacie remboursée à 30%	BR	100%
	Limitation à un équipement Optique par période de 2 ans, sauf chez les mineurs en cas d'évolution de la vue		
Dentaire	Montures	Euros	RSS + 100 €
	Verre simple	Euros	RSS + 100 €
	Verre complexe	Euros	RSS + 200 €
	Verre hypercomplexe	Euros	RSS + 300 €
	Lentilles acceptées	Euros	RSS + 100 €
Prothèses	Soins dentaires	BR	100%
	Prothèses dentaires remboursées	BR	320%
	Orthodontie remboursée	BR	350%
Actes de prévention (conformément à l'article R521-2 du Code de la Sécurité sociale)	Prothèses auditives	BR	400%
	Orthopédie	BR	150%
	Autres prothèses	BR	100%
Dépistage	Dépistage dentaire annuel	BR	100%
	Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (-14 ans)	BR	100%
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	BR	100%
	Dépistage de l'hépatite B	BR	100%
	Bilan du langage écrit/oral sur les bases des auxiliaires médicaux (enfant de -14 ans)	BR	100%
	Cetiodensitométrie prise en charge par la SS	BR	100%
	Vaccin pris en charge par la SS et inscrit au calendrier vaccinal	BR	100%
Autres prestations	Dépistage du cancer du col non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test)	Euros	10€
	Dépistage du cancer du col de l'utérus non remboursé	Euros	15€
	Dépistage du cancer du poumon	BR	100%
	Dépistage du cancer du sein par échographie mammaire	BR	100%
Autres prestations	Savrage tabagique	Euros	90€
	Pilules contraceptives	Euros	40€
	Vaccin préventif du col de l'utérus bivalent	BR	100%
	Chambre particulière maternité	Euros	30€/jour
	Garantie assistants (aide ménagère, rapatriement en cas de problèmes à l'étranger)	-	incluse

FR : Frais Réels

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - Valeur 2015 : 3 170 €

# ANNEXE II

## TABEAU DES GARANTIES DES 2 RÉGIMES OPTIONNELS

Famille d'actes	Libellé de l'acte	Assiette	Régime complémentaire optionnel 1 (SS incluse)	Régime complémentaire optionnel 2 (SS incluse)
			Garantie	
Hospitalisation	Hospitalisation médicale	BR	120%	150%
	Hospitalisation chirurgicale	BR	120%	150%
	Hospitalisation			
	Hospitalisation			
	Hospitalisation			
	Hospitalisation			
	Hospitalisation			
Soins courants	Consultation / Visite généraliste	BR	120%	150%
	Consultation / Visite spécialiste	BR	100%	130%
	Consultation / Visite spécialiste	BR	150%	200%
	Consultation / Visite spécialiste	BR	130%	180%
	Analyses laboratoires	BR	100%	100%
	Auxiliaires médicaux	BR	100%	100%
	Radiologie, imagerie, échographie			
	Radiologie, imagerie, échographie	BR	100%	150%
	Radiologie, imagerie, échographie	BR	100%	130%
	Radiologie, imagerie, échographie			
	Radiologie, imagerie, échographie	BR	150%	150%
	Radiologie, imagerie, échographie	BR	130%	130%
Pharmacie	Pharmacie remboursée à 65%	BR	100%	100%
	Pharmacie remboursée à 30%	BR	100%	100%
	Pharmacie remboursée à 15%	BR	100%	100%
Optique	Limitation à un équipement Optique par période de 2 ans, sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue			
	Monture	BR	RSS + 100 €	RSS + 150 €
	Verre simple	BR	RSS + 130 €	RSS + 160 €
	Verre complexe	BR	RSS + 250 €	RSS + 300 €
	Verre hypercomplexe	BR	RSS + 320 €	RSS + 350 €
	Lentilles acceptées	BR	RSS + 200 €	RSS + 300 €
	Lentilles refusées et jetables	Euros	200 €	300 €
	Opération myopie	Euros	-	600 € / oeil
Dentaire	Soins dentaires	BR	100%	100%
	Prothèses dentaires remboursées	BR	320%	370%
	Prothèses dentaires non remboursées	PMSS	-	10%
	Orthodontie remboursée	BR	350%	400%
	Orthodontie non remboursée	PMSS	-	14%
Prothèse	Prothèse auditive	BR	400%	500%
	Orthopédie	BR	200%	300%
Cure thermique	Autres prothèses	BR	100%	100%
	Cure thermique remboursée - hors soins	BR	150%	
	Cure thermique remboursée par la SS- transport et hébergement	BR	150%	RSS + 500 €
Actes de prévention (conformément à l'article R671-2 du Code de la Sécurité Sociale)	Détartrage dentaire annuel	BR	100%	100%
	Soins dentaires	BR	100%	100%
	Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	BR	100%	100%
	Dépistage de l'hépatite B	BR	100%	100%
	Bilan du langage écrit ou oral aux bases des auxiliaires médicaux (enfant de -14 ans)	BR	100%	100%
	Orthodontie mise en place en charge par la SS	BR	100%	100%
	Vaccin pris en charge par la SS et inscrit au calendrier vaccinal	BR	100%	100%
Dépistage	Dépistage du cancer du col utérin non remboursé (dans le cadre de la généralisation d'actes)	Euros	10 €	10 €
	Dépistage du cancer du col utérin non remboursé	Euros	15 €	15 €
	Dépistage du cancer du poumon	BR	100%	100%
	Dépistage du cancer du sein par échographie mammaire	BR	100%	100%
Autres prestations	Sevrage tabagique	-	90 €	90 €
	Pilule contraceptive	-	40 €	50 €
	Médecine de l'usage	-	35 € par séance (max 3 séances)	45 € par séance (max 3 séances)
	Vaccin préventif du col utérin bivalent	BR	100%	100%
	Forfait maternité	PMSS	-	10%
	Chambre partouche maternité	-	80 € / jour	100 € / jour
	Garantie auxitance (aide ménagère, rapatriement en cas de problèmes à l'étranger)	-	incluse	incluse

Actes considérés comme des éléments de solidarité

FR : Fraîs Réels  
BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale  
PMSS : Tarif de Menus de la Sécurité Sociale - Valeur 2015 : 370 €

## ANNEXE III

### TAUX DE COTISATION MENSUELLE

---

Le taux de cotisation dû au titre du régime complémentaire Socle santé de branche s'élève pour le régime de branche socle et pour le salarié seul (en pourcentage du PMSS) :

- à 1,36 % du PMSS (Régime général) ;
- 0,68 % du PMSS (Régime Alsace-Moselle) ;
- 2,04 % du PMSS (art. 4 Loi Évin régime général) ;
- 1,02 % du PMSS (art. 4 Loi Évin régime Alsace-Moselle).

La cotisation est répartie à 50 % à la charge de l'employeur soit 0,68 % du PMSS et 50 % à la charge du salarié soit 0,68 % du PMSS.

La cotisation « degré élevé de solidarité » est égale à 2 % de la cotisation (part salariale et part patronale) versée au titre du financement du régime complémentaire Socle obligatoire soit 2 % des cotisations Socle.

La structure tarifaire pour le régime sera une cotisation « salarié ». Ce tarif est maintenu pendant 2 ans à compter de l'entrée en vigueur de la recommandation de la CARCEPT Prévoyance. À l'issue de cette période il pourra faire l'objet d'une renégociation.

## ANNEXE IV

### CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDÉ PAR LA BRANCHE

---

À l'issue d'une procédure d'appel formalisé à la concurrence telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises relevant de la branche d'adhérer, pour l'assurance de la couverture du présent régime « frais de santé », à l'organisme assureur suivant :

- CARCEPT Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est sis au 4, rue Georges Picquart, (75017) Paris.

Les modalités de la mutualisation des risques seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'expiration de ce délai et étudieront notamment, à cette occasion, un rapport consolidant le suivi et les évolutions du régime sur les 5 ans considérés.

En tout état de cause, ce nouvel examen donnera lieu à une nouvelle procédure de mise en concurrence des organismes assureurs, telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.