

Brochure n° 3279

Convention collective nationale
IDCC : 1801. – **SOCIÉTÉS D'ASSISTANCE**

AVENANT N° 39 DU 20 OCTOBRE 2017
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ
(MODIFIANT LES ARTICLES 72 ET 73 DE LA CONVENTION)

NOR : ASET1850947M
IDCC : 1801

Entre :

SNSA,

D'une part, et

CSFV CFTC ;

FAA CGC ;

FBA CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

« Article 72

Invalidité, incapacité de travail, dépendance, décès et frais de santé

Définition de la prévoyance

La prévoyance consiste à prévenir les aléas de la vie et couvrir, à cette fin, deux grands domaines de risques liés à la personne :

- les risques décès, incapacité, invalidité, et dépendance interrompant ou suspendant totalement l'activité professionnelle, et de fait, les revenus de l'assuré ;
- les frais médicaux générés lors de l'hospitalisation, de la consultation, d'analyses médicales (maladie, maternité, accident du travail...).

Il s'agit d'une protection sociale qui complète celle du régime obligatoire de la sécurité sociale.

Les entreprises souscrivent un ou plusieurs régimes de prévoyance et de frais de santé offrant au minimum, les garanties fixées dans le "panier de soins minimum de la branche" précisées dans l'avenant et ce sans condition d'ancienneté.

Les présentes dispositions représentent les garanties minimales dont doivent bénéficier les salariés, les entreprises pouvant accorder des garanties plus favorables ou plus élevées à leurs salariés.

A. – Financement

1. Financement *a minima* des garanties d'invalidité, incapacité de travail, décès

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties décès, incapacité temporaire de travail et invalidité, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % par l'employeur au minimum ;
- 50 % par les salariés au maximum.

2. Financement *a minima* des garanties "Frais de santé"

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 60 % par l'employeur au minimum ;
- 40 % par les salariés au maximum.

B. – Portabilité des garanties

1. Salariés

Le code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien des régimes de prévoyance et de frais de santé dont ils bénéficient au sein de l'entreprise dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Dans ce cadre, à la date de signature du présent accord :

- la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat ou des derniers contrats lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciés en mois entiers le cas échéant arrondis au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture ;
- le maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de prévoyance et du régime de frais de santé des salariés en activité. Ainsi les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne doivent acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2. Retraités

Il est fait application de l'article 4 de la loi Évin qui permet dans les 6 mois suivant le départ à la retraite de prétendre au maintien de la seule couverture frais de santé sous réserve d'en assurer la totalité de la cotisation.

Il en est de même pour les personnes garanties du chef de l'assuré décédé à la condition que la demande de maintien intervienne dans les 6 mois suivants le décès. Cette garantie est assurée durant 1 an minimum.

Les tarifs applicables aux retraités sont plafonnés selon les modalités définies par décret. »

« Article 73

Garanties

A. – Décès, incapacité temporaire de travail, invalidité et dépendance

- Capital décès :
 - salarié célibataire, veuf ou divorcé : 150 % du salaire annuel ;
 - salarié marié/pacsé/concubin : 200 % du salaire annuel.

Dans les deux cas, une majoration de 60 % par enfant à charge est appliquée.

– Incapacité temporaire de travail :

À compter du 91^e jour d'arrêt de travail consécutif, et tant que dure l'incapacité de travail, le salaire est maintenu en complément des prestations de la sécurité sociale à 80 % de son montant net.

– Dépendance, invalidité partielle, invalidité permanente totale : identique à l'incapacité de travail (sans franchise).

B. – Complémentaire frais de santé

Cette garantie a pour objet d'assurer un remboursement complémentaire aux prestations en nature de la sécurité sociale ou de tout autre organisme. Ces garanties reposent, *a minima*, sur celles du panier de soins de la branche.

Sont bénéficiaires, outre le salarié lui-même, ses enfants mineurs et ses enfants majeurs étant à charge au sens de la législation fiscale, "son conjoint, son concubin, son partenaire de pacte civil de solidarité (Pacs)" dès lors que ces derniers justifient n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel.

Il peut cependant être procédé par le salarié à une extension facultative souscrite individuellement pour le conjoint/concubin/partenaire (Pacs) et enfants non à charge au sens fiscal selon des modalités définies en entreprise.

Ces dispositions ne remettent pas en cause la couverture familiale dans les entreprises là où elle est déjà appliquée.

1. Maintien du bénéfice des garanties du régime complémentaire frais de santé :

Les salariés restent bénéficiaires des garanties du régime complémentaire frais de santé en cas de suspension de leur contrat de travail pour cause de maternité, maladie (professionnelle ou non professionnelle) ou accident (professionnel ou non professionnel) pour la durée de la suspension et tant qu'ils continuent d'appartenir aux effectifs de l'entreprise avec :

- le maintien du salaire total ou partiel ;
- le versement d'indemnités journalières de sécurité sociale ;
- le versement d'une rente d'invalidité ou d'incapacité.

En revanche, les garanties sont suspendues de plein droit dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation total, congé sans solde).

Dans ces derniers cas, les salariés ont la possibilité d'adhérer à titre individuel en contrepartie du règlement d'une cotisation à leur charge exclusive (part employeur et part salarié). Ce maintien est possible pendant la durée du congé considéré :

- sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant la prise du congé ;
- pendant 24 mois au plus pour les congés sans solde ;
- à condition que les intéressés aient toujours droit aux prestations en nature de la sécurité sociale.

2. Les prestations du panier de soins de la branche (incluant la sécurité sociale et dans la limite des frais réels) :

Médecine courante :

Consultations, visites de généraliste ou spécialisé (médecins adhérents à l'OPTAM) :	100 % TM
Consultations, visites de généraliste ou spécialisé (médecins non adhérents à l'OPTAM) :	100 % TM
Actes de petite chirurgie (médecins adhérents à l'OPTAM) :	280 % BR

Radiologie (médecins adhérents à l'OPTAM) :	245 % BR
Actes de petite chirurgie (médecins non adhérents à l'OPTAM) :	200 % BR
Radiologie (médecins non adhérents à l'OPTAM) :	200 % BR
Auxiliaires médicaux :	150 % BR
Frais d'examen de biologie médicale (analyse) :	100 % TM

Hospitalisation :

Forfait journalier hospitalier :	sans limitation de durée
Frais d'hospitalisation :	100 % TM
Honoraires (médecins adhérents à l'OPTAM) :	280 % BR
Honoraires (médecins non adhérents à l'OPTAM) :	200 % BR
Chambre particulière :	1,5 % du PMSS/jour

Pharmacie :

Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux :	100 % TM
Médicaments à service médical rendu majeur ou important :	100 % TM
Médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales :	100 % BR
Médicaments à service médical faible :	36 % BR

Dentaire :

Soins dentaires, actes de chirurgie :	150 % BR
Prothèse dentaire :	330 % BR
Orthodontie ou orthopédie dento-faciale :	300 % BR

Optique : verres et monture : 1 équipement tous les 2 ans :

1 équipement (verres + monture) dont 150 € maximum, pour la monture (1 équipement tous les 2 ans à compter du renouvellement, tous les ans pour les mineurs et/ou en cas d'évolution de la vue) en plus du remboursement sécurité sociale :	470 € y compris TM (dont monture < 150 €)
Verre complexe + monture :	750 € y compris TM (dont monture < 150 €)
Verre très complexe + monture :	850 € y compris TM (dont monture < 150 €)
Verre simple + verre complexe + monture :	610 € y compris TM (dont monture < 150 €)
Verre simple + verre très complexe + monture :	660 € y compris TM (dont monture < 150 €)
Verre complexe + verre très complexe + monture :	800 € y compris TM (dont monture < 150 €)
Lentilles (acceptées par la sécurité sociale/an et par œil) :	8 % du PMSS
Chirurgie réfractive ou kératotomie par œil :	15 % PMSS

Transport :

Transport accepté par la sécurité sociale :	195 % BR
---	----------

Appareillage autres prothèses (remboursée par la sécurité sociale) :

Orthopédie et autres prothèses :	300 % BR
Prothèses auditives (selon l'âge - 20 ans ou + 20 ans) :	300 % BR

En outre, les sociétés de la branche assistance s'engagent à couvrir leurs salariés pour les prestations en nature liées à la maternité de la façon suivante :

Maternité : allocation d'un forfait égal à 15 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en complément du remboursement des frais médicaux occasionnés par la grossesse pour les dépenses non couvertes par l'assurance maladie et dans la limite des frais réels engagés (à l'exception de complication pathologique)

S'agissant de la prévention (consultations, actes de prévention acceptés par la sécurité sociale) : 2 actes minimum sont choisis par l'entreprise sur une liste définie par décret.

Pour rappel, la souscription d'un contrat portant sur des garanties frais de santé conformes aux conditions des contrats dits « responsables » (titre 7 du livre VIII du code la sécurité sociale) relève du libre choix de chaque société.

Les parties rappellent que les contrats responsables ne peuvent pas prendre en charge :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte médical ou de biologie et pour chaque consultation médicale ;
- la franchise applicable sur les boîtes de médicament, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports sanitaires ;
- la majoration du ticket modérateur appliquée à l'assuré qui ne respecte pas le parcours de soins et des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques pratiqués par un spécialiste consulté par l'assuré sans prescription préalable du médecin traitant ;
- la majoration de participation de l'assuré lorsqu'il n'accorde pas l'accès à son dossier médical.

Fait à Paris, le 20 octobre 2017.

(Suivent les signatures.)