

Brochure n° 3301

Convention collective nationale

IDCC : 2098. – **PRESTATAIRES DE SERVICES
DANS LE DOMAINE DU SECTEUR TERTIAIRE**

AVENANT DU 17 JUIN 2019
À L'ACCORD DU 25 SEPTEMBRE 2015 RELATIF AU RÉGIME
DE FRAIS DE SANTÉ (ANNEXE IV)

NOR : ASET1951218M

IDCC : 2098

Entre :

ANCR ;

FIGEC ;

SIST ;

SNPA ;

SORAP ;

SP2C ;

SYNAPHE,

Et

FNECS CFE-CGC ;

FEC FO ;

F3C CFDT,

Ci-après dénommés les partenaires sociaux,

Et d'autre part,

Harmonie mutuelle ;

Malakoff Médéric prévoyance,

Ci-après dénommés les organismes assureurs co-recommandés,

il a été convenu ce qui suit :

Contrat-cadre

1. Objet du contrat

Par accord national du 25 septembre 2015 modifié, la branche nationale prestataires de services a mis en place un régime conventionnel mutualisé de frais de santé au sein des entreprises entrant dans le champ d'application prévu à l'article 1^{er} dudit accord.

Ce régime prévoyait une clause de recommandation d'une durée de 3 ans arrivant à échéance le 31 décembre 2018.

Après mise en concurrence dans le respect des dispositions prévues par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont décidé de recommander deux organismes assureurs pour couvrir le régime frais de santé conventionnel. Les organismes assureurs recommandés à compter du 1^{er} janvier 2019 sont :

- Harmonie mutuelle, membre du groupe VYV, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris. Harmonie mutuelle confie la coordination du dispositif et l'interlocution de la branche au groupe VYV ;
- Malakoff Médéric prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, ayant son siège au 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

L'apérition du régime est confiée à Malakoff Médéric Prévoyance pour une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2019.

Le présent contrat-cadre a pour objet de formaliser l'acceptation par les organismes assureurs de leur recommandation à compter du 1^{er} janvier 2019, les conditions d'assurance sur lesquelles portent leur engagement ainsi que les modalités de suivi et de contrôle du régime conventionnel de frais de santé.

2. Souscription du contrat d'assurance par les entreprises

À effet du 1^{er} janvier 2019, les entreprises entrant dans le champ d'application visé à l'article 1^{er} de l'accord frais de santé peuvent adhérer au régime frais de santé auprès de l'un des organismes assureurs co-recommandés, au bénéfice de l'ensemble de leurs salariés.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les organismes assureurs s'engagent à :

- ne pas refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective nationale des prestataires de services du secteur tertiaire ;
- appliquer un tarif unique et à offrir des garanties identiques pour tous les établissements concernés.

Toutefois, dans l'hypothèse d'un changement d'activité entraînant, pour un établissement, sa sortie du champ d'application de la convention collective nationale, le contrat d'assurance prendra fin selon les modalités prévues dans les conditions générales.

Modalités d'adhésion

Pour formaliser leur adhésion, les entreprises souscrivent auprès d'un des organismes assureurs co-recommandés un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire. L'entité souscriptrice est dénommée dans la suite du présent contrat-cadre l'entreprise.

Le contrat d'assurance est composé de deux parties indissociables :

- les conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations, les modalités d'adhésion à la couverture obligatoire ainsi que les obligations réciproques des parties,
- les conditions particulières (ou certificat d'adhésion), définissant la date d'effet, la catégorie de personnel assurée, les taux de cotisations et les niveaux de garanties couvertes.

Les modifications apportées à l'accord de frais de santé et/ou au présent contrat-cadre, impactant les conditions d'assurance, font l'objet de l'envoi d'une lettre valant avenant à chaque entreprise adhérente.

3. Bénéficiaires et niveaux de couverture

Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont couverts par le régime frais de santé, sous réserve des cas de dispense d'adhésion prévus par l'accord établi dans l'entreprise et des cas de dispense réglementaire, l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord sans condition d'ancienneté et sans sélection médicale.

Les ayants droit du salarié

Les ayants droit du salarié peuvent adhérer à la couverture obligatoire en vigueur par une extension facultative donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Définition dans le cadre de l'évolution de votre accord :

– Son conjoint,

Par conjoint nous entendons :

– son époux ou épouse, ni séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé (e) ;

ou, à défaut,

– la personne liée avec lui par un pacte civil de solidarité (Pacs) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du code civil ;

ou à défaut,

– la personne vivant en couple avec lui au sens de l'article 515-8 du code civil, sous réserve que le salarié et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou Pacs) ;

– Ses enfants à charge,

Sont réputés à charge du salarié, les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire ou soit soumis à l'obligation du versement d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

– être âgés de moins de 21 ans ;

– bénéficier d'un régime de sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle).

La limite d'âge susvisée est portée à 26 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

– s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du Smic ;

– s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;

– s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ; ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité, ou de la carte

« mobilité inclusion », prévue par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire.

Niveaux de couverture

L'entreprise peut souscrire à 3 niveaux de couverture à titre obligatoire :

- base 1 (couverture minimale conventionnelle) ;
- base 2 ;
- base 3.

Dès lors, l'entreprise souscrit à un contrat collectif à adhésion facultative permettant au salarié :

- d'étendre son contrat collectif obligatoire à ses ayants droits (extension des garanties) ;
- d'améliorer ses garanties de base pour lui et/ou ses ayants droit (sur-complémentaire).

Les salariés ouvrants-droit et les ayants-droit bénéficieront du même niveau de couverture.

Changement d'option

Le salarié peut demander à changer d'option :

- en adhérant à une couverture optionnelle comprenant un niveau de prestations plus élevé ;
- en modifiant le niveau de couverture pour diminuer le niveau des prestations. Dans ce cas, le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.

Dans les deux cas, le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours et sous réserve des exceptions mentionnées à l'article 6 de l'accord.

Par exception, et sous réserve que le salarié le justifie par écrit :

- en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;
- en cas de diminution de plus de 20 % des revenus imposables du foyer au vu des avis d'imposition des deux dernières années : le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

En tout état de cause, l'assuré peut résilier son adhésion au contrat collectif facultatif. En cas de re-souscription et pour éviter tout effet d'aubaine, la résiliation n'est possible à nouveau que passé un délai de 2 ans à compter de l'adhésion.

Tableau récapitulatif des prestations

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'organisme assureur sont détaillés ci-après :

(Voir tableaux page suivante.)

Tableau des garanties du minimum conventionnel obligatoire Base 1

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la sécurité sociale)
Hospitalisation (1)	
Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130 % BR
Frais de séjour	110 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique (2)	100 % FR
Transport pris en charge par la sécurité sociale	100 % BR
Honoraires non conventionnés y compris maternité	130 % BR
Chambre particulière y compris maternité	20 € / jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (moins de 16 ans et plus de 70 ans)	20 € / jour
Soins courants (1)	
Consultation visite généraliste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR
Consultation visite spécialiste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130 % BR
Actes techniques médicaux / de spécialité	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130 % BR
Radiologie	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	150 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	130 % BR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Appareillage	
Prothèses auditives (Prises en charge par la sécurité sociale)	200 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prises en charge par la sécurité sociale)	120 % BR
Pharmacie et médicaments	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	125 % BR
Inlay Onlay	150 % BR
Prothèses dentaires (remboursées sécurité sociale)	185 % BR
Orthodontie (remboursée sécurité sociale)	185 % BR
Forfait implantologie limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	300 €

Optique 1 équipement tous les 2 ans (ramené à 1 an pour les mineurs et/ou si évolution de la vue) - en complément du remboursement de la sécurité sociale (3)	
Monture	130 €
Verre simple (Type 1)	70 €
Verre complexe (Type 2)	140 €
Verre très complexe (Type 3)	250 €
Lentilles (remboursées sécurité sociale) - remboursement minimum à 100 % BR	Forfait annuel 200 € (minimum 100% BR)
Lentilles (non remboursées sécurité sociale)	-
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	-

Autres	
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	-
Cure thermique (remboursées sécurité sociale)	-
Complément équipements post cancer post rayons/chimio	150 €
Prévention	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR

- (1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.
- (2) Sans limitation de durée
- (3) Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D. 911-1 4° du code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale. Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau ci-dessous.

		Verres unifocaux				Verres multifocaux			
		Cylindre				Cylindre			
		-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25	-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25
Sphère	0 à 4,00	verres simples				verres complexes			
	4,25 à 6,00								
	6,25 à 8,00	verres complexes				verres complexes			
	≥ à 8,25					verres très complexes			

Les garanties s'entendent par verre. Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois en cas de renouvellement justifié médicalement par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien e application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

OPTAM : option tarifaire maîtrisée

OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique

L'OPTAM /OPTAM-CO a remplacé, à compter du 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

SS : sécurité sociale

BR : base de remboursement de la sécurité sociale

FR : frais réels

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Tableaux des garanties Base 2

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la sécurité sociale)
Hospitalisation (1)	
Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160 % BR
Frais de séjour	110 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique (2)	100 % FR
Transport pris en charge par la sécurité sociale	100 % BR
Honoraires non conventionnés y compris maternité	160 % BR
Chambre particulière y compris maternité	40 € / jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (moins de 16 ans et plus de 70 ans)	20 € / jour
Soins courants (1)	
Consultation visite généraliste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR
Consultation visite spécialiste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160 % BR
Actes techniques médicaux / de spécialité	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160 % BR
Radiologie	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	180 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	160 % BR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Appareillage	
Prothèses auditives (Prises en charge par la sécurité sociale)	250 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prises en charge par la sécurité sociale)	150 % BR
Pharmacie et médicaments	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	125 % BR
Inlay Onlay	200 % BR
Prothèses dentaires (remboursées sécurité sociale)	250 % BR
Orthodontie (remboursée sécurité sociale)	200 % BR
Forfait implantologie limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	600 €

Optique 1 équipement tous les 2 ans (ramené à 1 an pour les mineurs et/ou si évolution de la vue) - en complément du remboursement de la Sécurité Sociale (3)	
Monture	150 €
Verre simple (type 1)	80 €
Verre complexe (type 2)	160 €
Verre très complexe (type 3)	300 €
Lentilles (remboursées sécurité sociale) - remboursement minimum à 100% BR	Forfait annuel 250 € (minimum 100 % BR)
Lentilles (non remboursées sécurité sociale)	
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	300 €
Autres	
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	30 € / séance (limitée à 3 séances / an)
Cure thermique (remboursées sécurité sociale)	100 €
Complément équipements post cancer post rayons/chimio	200 €
Prévention	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR

- (1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.
- (2) Sans limitation de durée
- (3) Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale. Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau ci-dessous.

		Verres unifocaux				Verres multifocaux			
		Cylindre				Cylindre			
		-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25	-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25
Sphère	0 à 4,00	verres simples		verres complexes		verres complexes			
	4,25 à 6,00								
	6,25 à 8,00								
	≥ à 8,25					verres très complexes			

Les garanties s'entendent par verre. Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois en cas de renouvellement justifié médicalement par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien e application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

OPTAM : option tarifaire maîtrisé

OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisé chirurgie obstétrique

L'OPTAM /OPTAM-CO a remplacé, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

SS : sécurité sociale

BR : base de remboursement de la sécurité sociale

FR : frais réels

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Tableau des garanties Base 3

Nature des frais	Remboursements (y compris le remboursement de la sécurité sociale)
Hospitalisation (1)	
Honoraires - Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Frais de séjour	110 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique (2)	100 % FR
Transport pris en charge par la sécurité sociale	100 % BR
Honoraires non conventionnés y compris maternité	200 % BR
Chambre particulière y compris maternité	80 € / jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (moins de 16 ans et plus de 70 ans)	30 € / jour
Soins courants (1)	
Consultation visite généraliste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR
Consultation visite spécialiste	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220% BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Actes techniques médicaux / de spécialité	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Radiologie	
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	220 % BR
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Appareillage	
Prothèses auditives (prises en charge par la sécurité sociale)	300 % BR
Orthopédie et autres prothèses (prises en charge par la sécurité sociale)	200 % BR
Pharmacie et médicaments	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	125 % BR
Inlay Onlay	250 % BR
Prothèses dentaires (remboursées sécurité sociale)	350 % BR
Orthodontie (remboursée sécurité sociale)	300 % BR
Forfait implantologie limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	900 €

Optique 1 équipement tous les 2 ans (ramené à 1 an pour les mineurs et/ou si évolution de la vue) - en complément du remboursement de la sécurité sociale (3)	
Monture	150 €
Verre simple (Type 1)	90 €
Verre complexe (Type 2)	170 €
Verre très complexe (Type 3)	350 €
Lentilles (remboursées sécurité sociale) - remboursement minimum à 100% BR	Forfait annuel 300 € (minimum 100% BR)
Lentilles (non remboursées sécurité sociale)	
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	600 €
Autres	
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	40 € / séance (limitée à 4 séances / an)
Cure thermique (remboursées sécurité sociale)	150 €
Complément équipements post cancer post rayons/chimio	250 €
Prévention	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR

- (1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.
- (2) Sans limitation de durée
- (3) Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D. 911-1 4 du code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale. Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau ci-dessous.

		Verres unifocaux				Verres multifocaux			
		Cylindre				Cylindre			
		-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25	-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25
Sphère	0 à 4,00	verres simples		verres complexes		verres complexes			
	4,25 à 6,00								
	6,25 à 8,00								
	≥ à 8,25					verres très complexes			

Les garanties s'entendent par verre. Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois en cas de renouvellement justifié médicalement par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien e application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

OPTAM : option tarifaire maîtrisée

OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique

L'OPTAM /OPTAM-CO a remplacé, à compter du 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

SS : sécurité sociale

BR : base de remboursement de la sécurité sociale

FR : frais réels

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

Le remboursement total (sécurité sociale + complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Contrat responsable

Le contrat d'assurance mis en œuvre par l'organisme assureur répond aux critères qualifiant les contrats responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. En cas d'évolution de ce cadre, le contrat d'assurance est mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation.

Les dispositions portant sur les risques frais de santé de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Évin » sont prévues au titre des contrats souscrits.

Les éventuelles modifications apportées au contrat d'assurance, dès lors qu'elles ont été validées par les organismes assureurs co-recommandés, s'imposent aux entreprises.

4. Maintien des garanties

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu s'ils sont bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de rémunération de l'entreprise ou en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire que l'entreprise finance au moins pour partie.

En revanche en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties seront maintenues, moyennant la cotisation, au même taux que pour le personnel actif, à la charge exclusive du salarié, aux salariés suivants :

- congé parental ;
- congé sabbatique ;
- congé individuel de formation ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de formation non rémunéré ;
- congé de conversion ;
- congé pour personne malade (présence parentale, soutien familial, solidarité familiale...) ;
- autres congés sans solde.

Les autres dispositions sont mentionnées dans les conditions générales annexées à ce contrat-cadre.

Portabilité des droits

L'organisme assureur s'engage à appliquer les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale pour les salariés garantis collectivement au titre de la couverture collective à adhésion obligatoire ainsi que pour les ayants droit du salarié couverts à la date de cessation du contrat de travail.

Maintien des garanties issu de l'article 4 de la loi Évin

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ainsi que les ayants droit garantis du chef de salariés décédés, peuvent demander :

- à bénéficier du maintien des garanties frais de santé définies au présent contrat en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » (contrat loi « Évin »)

ou

- à souscrire un contrat adapté à leur nouvelle situation hors du dispositif « loi Évin » (contrat « d'accueil »).

Ce maintien est applicable dans les conditions énoncées dans les conditions générales.

5. Notice d'information des organismes assureurs recommandés

L'organisme assureur établit une notice d'information pour les contrats souscrits par l'entreprise, en conformité avec les dispositions des articles L. 932-6 du code de la sécurité sociale et L. 221-6 du code de la mutualité, qu'il appartient à l'employeur de remettre à chaque salarié. Celle-ci est mise à jour en cas de modifications des droits et obligations des salariés. Il est rappelé que la preuve de la remise de la notice aux salariés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'employeur.

La notice d'information des organismes assureurs co-recommandés sera annexée au présent contrat-cadre.

6. Conditions générales des organismes assureurs

Les conditions générales des organismes assureurs co-recommandés seront annexées au présent contrat-cadre.

7. Cotisation

Les taux de cotisation frais de santé, à partir du 1^{er} janvier 2019, sont les suivants :

Les cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire, visées à l'article 9.1.1 de l'accord modifié, sont fixées comme suit pour les entreprises et salariés relevant du régime général de la sécurité sociale :

COTISATION DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE (régime général)	COTISATION (en % du salaire)	PLAFOND DE COTISATION (en €)
Base 1	1,57	46,00
Base 2	2,36	69,32
Base 3	2,82	82,93

Les partenaires sociaux fixent expressément une grille de cotisations spécifiques au titre du socle conventionnel obligatoire pour les entreprises et salariés relevant du régime spécifique de l'Alsace-Moselle, comme suit :

COTISATION DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE (Alsace-Moselle)	COTISATION (en % du salaire)	PLAFOND DE COTISATION (en €)
Base 1	1,10	32,20
Base 2	1,65	48,52
Base 3	1,97	58,05

Les cotisations au titre des couvertures facultatives visées à l'article 9.1.2 *a* de l'accord modifié sont fixées comme suit :

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES (en % du PMSS° – Régime général)	CONJOINT	ENFANT
Base 1	0,74 %	0,41 %
Base 2	1,10 %	0,51 %
Base 3	1,32 %	0,64 %

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES (en % du PMSS – Alsace-Moselle)	CONJOINT	ENFANT
Base 1	0,52 %	0,29 %
Base 2	0,77 %	0,36 %
Base 3	0,92 %	0,45 %

Les cotisations au titre des couvertures optionnelles visées à l'article 9.1.2 *b* de l'accord modifié sont fixées comme suit :

Pour le salarié isolé :

COTISATIONS DES couvertures optionnelles – régime général	RÉGIME OBLIGATOIRE (en % du salaire)	PLAFOND sur le régime obligatoire (en €)	OPTION à charge du salarié (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + base 2 en option	1,57	46,00	0,36
Base 1 obligatoire + base 3 en option			0,57
Base 2 obligatoire + base 3 en option	2,36	69,32	0,21

COTISATIONS DES couvertures optionnelles – Alsace-Moselle	RÉGIME OBLIGATOIRE (en % du salaire)	PLAFOND sur le régime obligatoire (en €)	OPTION à charge du salarié (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + base 2 en option	1,10	32,20	0,36
Base 1 obligatoire + base 3 en option			0,57
Base 2 obligatoire + base 3 en option	1,65	48,52	0,21

Pour les ayants droit :

RÉGIME GÉNÉRAL	CONJOINT (en % du PMSS)	ENFANT (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + base 2 en option	1,10	0,51
Base 1 obligatoire + base 3 en option	1,32	0,64
Base 2 obligatoire + base 3 en option	1,32	0,64

Alsace-Moselle	CONJOINT (en % du PMSS)	ENFANT (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + base 2 en option	0,88	0,39
Base 1 obligatoire + base 3 en option	1,10	0,52
Base 2 obligatoire + base 3 en option	0,99	0,49

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire brut fixe de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires notamment) du salarié bénéficiaire, plafonnées par des montants exprimés en euros.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour les adhésions facultatives.

La cotisation globale inclut les frais de gestion, le financement de la portabilité, et le coût de l'assistance. Ce financement mutualisé s'applique pour l'ensemble des bénéficiaires et au niveau assuré par le contrat collectif (obligatoire ou facultatif) souscrit par l'entreprise.

La couverture de la base obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation due pour le salarié quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou Alsace-Moselle).

Les cotisations supplémentaires finançant les couvertures facultatives (extension pour l'ayant droit de la c ouverture du salarié et couverture surcomplémentaire pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit) sont à la charge exclusive du salarié, sauf disposition plus favorable.

La dotation au fonds de solidarité est égale à 2 % des cotisations hors taxes acquittée au titre des régimes obligatoires qui peuvent être choisis par l'entreprise (base 1, base 2, base 3).

8. Degré élevé de solidarité

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité seront prioritairement affectées à la mise en œuvre de prestations à caractère non directement contributif et seront précisées par voie d'accord collectif de branche, à savoir notamment :

- la prise en charge totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au code de la sécurité sociale. Sont concernés, les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- action sociale : aide à l'acquisition de prothèses auditives pour des salariés en situation de précarité particulièrement notable.

Les organismes assureurs s'engagent à communiquer, au moins une fois par an, une présentation sur la mise en œuvre des actions prioritaires de la branche en matière de solidarité à la commission paritaire.

Un règlement sera établi et fixera l'ensemble des modalités des parties prenantes en concertation avec les membres de la commission paritaire et leurs conseils.

9. Délégation de gestion

Les organismes assureurs co-recommandés s'engagent à ne pas conclure de délégation de gestion, à conditions inchangées émises lors de l'appel d'offres.

10. Suivi du régime

La mise en œuvre et le suivi du régime de frais de santé sont confiés à la « Commission paritaire nationale de santé » dans les termes de l'article 15 de l'accord frais de santé modifié.

Les modalités selon lesquelles sont fournies les données nécessaires au reporting, à la gestion et au pilotage sont décrites dans le protocole technique et financier. les organismes assureurs apportent en outre, d'une façon générale, toute information d'ordre économique, technique ou juridique susceptible d'en favoriser l'analyse.

11. Date d'effet du contrat-cadre. - Conditions d'assurance

Date d'effet

Le marché est attribué aux organismes assureurs co-recommandés pour une période maximum de cinq années à compter du 1^{er} janvier 2019.

Le présent contrat-cadre prend effet au 1^{er} janvier 2019.

Il expire au 31 décembre 2019 et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier des 4 années suivantes (c'est-à-dire au 1^{er} janvier 2020, 2021, 2022, 2023), sauf résiliation dans les conditions exposées ci-après.

Six mois au moins avant l'échéance de cette période, les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées.

Conditions d'assurance

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur. L'engagement de l'organisme assureur est acquis pour autant que ce cadre perdure.

- évolutions des cotisations et/ou prestations

L'évolution des conditions d'assurance est le résultat d'une concertation avec la commission paritaire nationale de santé sur la base notamment des éléments et analyses de l'organisme assureur.

Les évolutions se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte de l'évolution démographique des populations garanties.

Le niveau atteint par la réserve générale, ainsi que les évolutions possibles de périmètres sont pris en compte dans cette approche.

- modification de l'environnement législatif et/ou réglementaire

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions en vigueur dans d'autres régimes (sécurité sociale, etc.), les changements apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance objet du présent contrat-cadre, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme assureur qui est, en pareil cas, fondée à apporter à l'expression des garanties, les aménagements nécessaires.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, l'organisme assureur est fondée à majorer à due concurrence les cotisations appelées.

L'impact des mesures appliquées fait l'objet d'une étude générale et personnalisée afin de mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives (sur les cotisations et/ou sur les prestations) permettant de maintenir l'équilibre du régime. Cette étude sera présentée et discutée avec la commission paritaire de branche.

Révision

Le présent contrat-cadre peut être révisé à tout moment et à la même date d'effet, lorsque des modifications apportées à l'accord de frais de santé impactent les conditions d'assurance.

Indépendamment de ce qui précède, le présent contrat-cadre peut être modifié sur proposition de l'une des parties, faite par tout moyen écrit et le cas échéant par lettre recommandée avec avis de réception, dans le respect des dispositions du marché.

Dans tous les cas, les modifications apportées prennent effet après accord exprès des parties matérialisé par un avenant de révision.

Résiliation

Chacune des parties dispose de la faculté de résilier le contrat-cadre à chaque échéance annuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve d'un préavis de 3 mois.

Sous peine de nullité, la résiliation est formalisée par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'ensemble des signataires du présent contrat-cadre.

La résiliation du présent contrat-cadre ne mettra pas fin automatiquement aux contrats d'assurance souscrits par les entreprises mais aura pour conséquence d'exclure les entreprises du périmètre de la mutualisation organisée par le présent contrat-cadre.

Le sort des réserves sera traité selon les modalités prévues par le protocole technique et financier.

Fait à Paris, le 17 juin 2019.

(Suivent les signatures.)

PROTOCOLE TECHNIQUE ET FINANCIER

1. Objet

Le présent protocole a pour but de fixer les modalités de présentation des comptes de résultat techniques annuels à la commission paritaire nationale de la convention collective nationale de la branche des prestataires de services du secteur tertiaire pour le régime frais de santé.

Il a aussi pour objet de fixer les règles et les paramètres techniques et financiers utilisés pour l'établissement des comptes de résultat.

Ces comptes seront présentés par :

- exercices comptables ;
- exercices de survenance.

Sont également présentés les éléments statistiques qui seront remis à la branche avec les comptes.

Une coassurance est mise en place dans le régime, Malakoff Médéric Prévoyance est nommé organisme apériteur pour l'ensemble des organismes assureurs jusqu'au 31 décembre 2021.

La consolidation des comptes de résultat sera assurée par l'apériteur.

Il n'y a pas de solidarité entre les organismes assureurs recommandés : la responsabilité de chacun d'eux étant limitée à la quote-part de risque qui lui incombe, en cas de défaillance de l'un, l'autre ne saurait être appelé pour combler ce manquement.

Afin de permettre à l'apériteur d'élaborer les comptes, les statistiques et les tableaux de bord à destination de la commission de suivi de la branche, les organismes assureurs s'engagent à adresser à l'apériteur, par l'intermédiaire du support sécurisé dédié à cet effet, l'ensemble des éléments nécessaires à la réalisation des reportings mentionnés aux articles 7 et 8.

Le format des fichiers ainsi que la spécificité des informations et la fréquence des mises à disposition seront arrêtés entre les coassureurs, en concertation avec le conseil de la branche.

Chaque année, les comptes de résultat consolidés seront validés par l'actuaire conseil mandaté et rémunéré par la branche sur la base des comptes de résultat de chaque organisme assureur et des données de pilotage fournies par les gestionnaires.

2. Périmètre de consolidation

Le périmètre de consolidation est l'ensemble des entreprises ayant souscrit aux conditions tarifaires et garanties prévues dans l'accord de branche dans le cadre de la recommandation.

3. Comptes comptables santé

Pour chaque année N, le compte sera construit sur les données arrêtées au 28 février N + 1. La méthode d'établissement de ce compte est décrite dans ce chapitre.

Les organismes recommandés s'engagent à transmettre à l'apériteur les comptes de résultat du périmètre les concernant au plus tard le 20 avril N + 1 pour la consolidation des comptes.

Les comptes consolidés par l'apériteur seront transmis au conseil le 31 mai N + 1, puis à la branche le 15 juin N + 1.

3.1. Établissement des comptes de résultat santé et calcul du solde

L'ensemble des assiettes de chargements est précisé au paragraphe 3.2.3.2.

Quatre comptes de résultat seront établis :

- périmètre 1 : base 1, base 2 et base 3 obligatoires salarié (au choix de l'entreprise) ;
- périmètre 2 : base 2 et base 3 facultatives salarié (au choix du salarié) ;
- périmètre 3 : base 1, base 2 et base 3 facultatives ayant droit (au choix du salarié) ;
- périmètre global actifs : somme des périmètres 1, 2 et 3 ;
- périmètre 4 : compte de l'ensemble du périmètre loi Évin.

Ces comptes s'établissent comme suit :

Au crédit :

- les cotisations émises (cotisations encaissées au titre de l'exercice N + régularisations + cotisations à recevoir au titre de l'exercice N – cotisations à recevoir au titre de l'exercice N – 1), en détaillant le montant des cotisations financées par le fonds de solidarité ;
- les provisions constituées au 31 décembre de l'exercice N – 1 au titre des sinistres à payer.

Au débit :

- les prestations payées au cours de l'exercice N excluant la portabilité ;
- les prestations payées au titre de la portabilité au cours de l'exercice N ;
- les provisions constituées au 31 décembre de l'exercice N au titre des sinistres à payer ;
- les chargements du contrat ;
- les honoraires du cabinet de conseil (répartition au prorata des cotisations hors taxes entre les assureurs) ;
- la contribution au forfait médecin traitant ;
- la prime de risque (telle que déterminée au paragraphe 3.2.3.2) ;
- la dotation au fonds de solidarité (telle que déterminée au paragraphe 3.2.3.3).

Le solde du compte de résultat Santé est la différence entre l'ensemble des éléments au crédit et l'ensemble des éléments au débit de ce compte.

3.2. Affectation du solde santé du périmètre global actifs définition et fonctionnement des réserves

Le périmètre global actifs bénéficiera d'un compte de participation aux résultats, alimenté comme suit :

3.2.1. Affectation du solde santé du périmètre global actifs

Si le solde santé du périmètre global actifs est créditeur :

- 90 % sont affectés à la réserve générale santé ;
- 10 % sont conservés par les coassureurs.

Si le solde Santé du périmètre global actifs est débiteur :

- 100 % de son montant est apuré par les intérêts financiers générés par la réserve générale santé, puis par la réserve générale santé, existante au 31 décembre de l'exercice précédent dans la limite de son montant ;
- le reliquat non apuré est reporté sur le solde santé du périmètre global actifs de l'exercice suivant.

3.2.2. Réserve générale santé

Compte tenu des principes d'affectation décrits précédemment, la réserve générale santé s'établit comme suit :

Somme des éléments suivants :

- le montant de la réserve générale santé au 31 décembre N – 1 (y compris le montant constitué antérieurement au 1^{er} janvier 2019) ;

- les intérêts financiers ⁽¹⁾ (diminués du portage de l'impôt sur les sociétés et de l'éventuel apurement du solde santé du périmètre global actifs débiteur) sur le solde créditeur de la réserve générale santé au 31 décembre N – 1 ;
- les dotations encaissées au cours de l'exercice N.

Sous déduction :

- des prélèvements de l'exercice N au titre de l'apurement du solde santé du périmètre global actifs débiteur.

3.2.3. Détermination des éléments techniques

3.2.3.1. Principe technique et modalités de calcul des provisions

Provisions pour sinistres à payer (PSAP)

Elles correspondent aux prestations pour des sinistres dont l'assureur a connaissance à la date d'arrêté des comptes, dont le paiement à l'assuré a été effectué ou reste à effectuer après le 31 décembre (ainsi que les PSI telles que définies au paragraphe précédent).

PSAP Réelles :

Ce sont les prestations payées en N + 1 pour une périodicité antérieure à N + 1 (N étant l'année de résultats).

PSAP Estimées :

Elles correspondent à la charge des sinistres survenus à la date d'arrêté des comptes, mais dont l'assureur n'a pas encore connaissance, principalement en raison de leur déclaration tardive.

La provision pour sinistres inconnus est intégrée dans la provision pour sinistres à payer pour le risque santé.

La méthode chain ladder est utilisée pour le calcul des PSAP et sera basée sur les historiques des portefeuilles des coassureurs pendant la phase de montée en charge du régime, puis sur l'historique de la branche.

3.2.3.2. Chargements appliqués au contrat et assiettes

Chargements du contrat :

Ces chargements s'élèvent à 11 %. Ils s'appliquent sur les cotisations contractuelles hors taxes.

Prime de risque :

Cette prime s'élève à 1 %. Elle s'applique uniquement sur les cotisations contractuelles hors taxes du périmètre global actifs.

Honoraires du cabinet conseil :

Les honoraires du cabinet conseil dont le montant est fixé par les partenaires sociaux après information des assureurs (sur justificatifs).

3.2.3.3. Montant de la dotation au fonds de solidarité et assiette

La dotation au fonds de solidarité est égale à 2 % des cotisations hors taxes acquittées au cours de l'exercice N au titre du périmètre 1 (base 1, base 2 et base 3 obligatoires salarié, au choix de l'entreprise).

3.2.4. Intérêts financiers

Les intérêts financiers créditeurs sont calculés sur la base de 90 % du taux d'intérêt décrit ci-dessous.

(1) Depuis le 1^{er} janvier 2012, les mutuelles et unions régies par le code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale sont assujetties à l'impôt sur les sociétés ainsi qu'aux contributions additionnelles à cet impôt. Ce montant s'élève à 34,43 % au titre de l'année 2017, et est susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale.

Les intérêts financiers débiteurs sont calculés sur la base de 100 % de ce taux d'intérêt.

Le taux d'intérêt est la moyenne pondérée par les quotes-parts assurées des taux de rendements respectifs de l'exercice des actifs généraux des coassureurs.

4. Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est constitué afin d'assurer le financement des prestations présentant un degré élevé de solidarité telles que prévues à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Ce compte s'établit comme suit :

Au crédit :

- la dotation au fonds de solidarité, (telle que déterminée au paragraphe 3.2.3.3) ;
- le solde créditeur de l'exercice N – 1 ;
- les intérêts financiers ⁽¹⁾ sur le solde créditeur du fonds de solidarité au 31 décembre N – 1.

Au débit :

- les prestations payées présentant un degré élevé de solidarité, telles que prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, selon les axes définis par la commission paritaire de surveillance de la branche ;
- le report de perte de l'exercice N – 1, majoré des intérêts financiers débiteurs.

Un état de la situation du fonds de solidarité de la branche au 31 décembre de l'exercice est fourni au sein du rapport technique et financier.

En cas de solde débiteur, la commission paritaire de surveillance de la branche et les organismes assureurs co-recommandés détermineront les modalités d'apurement de ce débit pour l'exercice suivant.

Les orientations des actions de prévention, les règles de fonctionnement ainsi que les modalités d'attribution des prestations présentant un degré élevé de solidarité sont déterminées par le comité paritaire de surveillance en accord avec les organismes assureurs.

Il est rappelé que la branche des prestataires de services dispose d'un accord, conclu le 19 avril 2016, relatif au degré élevé de solidarité qui concerne son régime de prévoyance et son régime de frais de santé.

5. Indivisibilité de la réserve générale

La réserve générale et le fonds de solidarité constituent chacun un tout indivisible vis-à-vis des entreprises, résultat de la solidarité mise en place, par l'intermédiaire de l'accord collectif constitutif du régime mutualisé, au sein du contrat sur le périmètre de consolidation.

L'entreprise qui souscrit au contrat entrant dans le périmètre global actifs de consolidation défini à l'article 3.1.1 peut bénéficier des avantages de la solidarité existante, dans les conditions fixées contractuellement, sans avoir nécessairement participé à la constitution de la réserve générale et du fonds de solidarité.

En conséquence de ce qui précède, l'entreprise quittant le contrat ne peut pas prétendre à la mise à disposition d'une partie de la réserve générale et du fonds de solidarité.

6. Résiliation du régime ou fin de recommandation

On entend par recommandation la recommandation définie à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(1) Depuis le 1^{er} janvier 2012, les mutuelles et unions régies par le code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale sont assujetties à l'impôt sur les sociétés ainsi qu'aux contributions additionnelles à cet impôt. Ce montant s'élève à 34,43 % au titre de l'année 2017, et est susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale.

On appelle résiliation anticipée une résiliation de la recommandation avant son terme fixé dans la procédure d'appel d'offres.

Une nouvelle recommandation est une recommandation effectuée par la branche selon les modalités de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (ou d'une nouvelle forme de mutualisation qui remplacerait par décision législative ou réglementaire la recommandation légale en vigueur), en continuité de la recommandation précédente arrivée à son terme ou résiliée de manière anticipée.

Au terme de la recommandation ou en cas de résiliation anticipée, le compte de résultat continue de produire ses effets pendant l'exercice N suivant la date d'effet de la résiliation ou du terme de la recommandation.

Au plus tard à la fin du mois de juin suivant la clôture du dernier exercice, les soldes de la réserve générale, et du fonds de solidarité sont arrêtés et apurés des éventuels déficits.

En cas de solde créditeur de la réserve générale et de solde débiteur du fonds de solidarité, ce dernier sera apuré en priorité par la réserve générale.

Chacun des soldes de la réserve générale et du fonds de solidarité ainsi obtenu est alors réparti entre les coassureurs au prorata de leur quote-part de cotisations gérées (quote-part établie à partir du chiffre d'affaires total mutualisé pour la réserve générale et le fonds de solidarité).

À défaut de nouvelle recommandation dans la branche, les soldes de la réserve générale et du fonds de solidarité sont conservés par les organismes assureurs recommandés au prorata de leur quote-part de risques.

En cas de nouvelle recommandation, le sort des réserves est alors décliné selon les différents cas ci-dessous :

6.1. Sort des réserves au terme de la recommandation

Au terme de la période de la recommandation, pour chaque organisme assureur et chacun des soldes de la réserve générale et du fonds de solidarité, le montant correspondant sera transféré intégralement, uniquement en cas de nouvelle recommandation d'organisme(s) par la branche au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (ou d'une nouvelle forme de mutualisation qui remplacerait par décision législative ou réglementaire la recommandation légale en vigueur) et uniquement au bénéfice de ce(s) dernier(s).

6.2. Sort des réserves en cas de résiliation avant le terme de la recommandation

6.2.1. Résiliation à l'initiative des partenaires sociaux

6.2.1.1. En cas de manquement aux dispositions du protocole

En cas de résiliation du protocole avant le terme de la recommandation à l'initiative des partenaires sociaux et motivée par un manquement d'un ou plusieurs organismes assureurs à l'une des dispositions du présent protocole :

- si l'organisme assureur est reconduit par les partenaires sociaux, il transfère sa part de solde créditeur ou son report de perte dans le cadre de la continuité du régime ;
- si l'organisme assureur visé par le manquement n'est pas reconduit par les partenaires sociaux, il conserve son report de perte ou transfère sa part de solde créditeur dans le cadre de la continuité du régime.

6.2.1.2. Hors cas de manquement aux dispositions du protocole

En cas de résiliation du protocole avant le terme de la période de recommandation à l'initiative des partenaires sociaux et hors cas de manquement de l'un des assureurs à l'une des dispositions du présent protocole :

- si l'organisme assureur est reconduit par les partenaires sociaux, il transfère sa part de solde créditeur ou son report de perte dans le cadre de la continuité du régime ;
- si l'organisme assureur n'est pas reconduit par les partenaires sociaux, il conserve sa part de solde créditeur ou transfère son report de perte dans le cadre de la continuité du régime.

6.2.2. Résiliation à l'initiative d'un ou plusieurs organismes assureurs

En cas de résiliation à l'initiative d'un ou plusieurs organismes assureurs avant le terme de la période de recommandation, l'organisme assureur conserve son report de perte ou transfère sa part de solde créditeur dans le cadre de la continuité du régime.

7. Comptes par survenance

Pour chaque année, les comptes par survenance seront arrêtés au plus tard au 28 février N + 1.

Ces comptes sont établis de la façon suivante :

- périmètre 1 : comptes bases obligatoires salarié (au choix de l'entreprise)
 - base 1 salarié ;
 - base 2 salarié ;
 - base 3 salarié ;
 - somme des base 1, base 2 et base 3 salarié ;
- périmètre 2 : comptes options facultatives salarié (au choix du salarié) ;
 - base 2 salarié en complément (hors base 1 obligatoire) ;
 - base 3 salarié en complément (hors base 1 obligatoire ou base 2 obligatoire) ;
 - somme des bases 2 et base 3 salarié facultatif en complément ;
- périmètre 3 : comptes bases et options facultatives ayant droit (au choix du salarié) ;
 - base 1 ayant droit ;
 - base 2 ayant droit ;
 - base 3 ayant droit ;
 - somme des base 1, base 2 et base 3 ayant droit ;
 - base 2 ayant droit en complément (hors base 1 ayant droit) ;
 - base 3 ayant droit en complément (hors base 1 ou base 2 ayant droit) ;
- périmètre global actifs : somme des périmètres 1, 2 et 3
- périmètre 4 : compte de l'ensemble des lois Évin.

Les comptes par survenance et les estimatifs seront établis selon les modalités suivantes :

- a)* Les cotisations hors taxe brutes de chargements, pour chaque exercice de survenance ;
- b)* Les chargements appliqués au contrat et les cotisations au titre du degré de solidarité (pour les structures de cotisations concernées) ;
- c)* Les cotisations hors taxes et nettes de chargements (différence entre *a* et *b*) ;
- d)* Les prestations versées par exercice de survenance et ventilées par exercice comptable excluant la portabilité ;
- e)* Les prestations versées au titre de la portabilité par exercice de survenance ;
- f)* La somme des prestations versées par exercice de survenance ;
- g)* Les provisions afférentes au régime ;
- h)* La contribution au forfait médecin traitant ;
- i)* Total charge de sinistre : la somme des prestations versées par exercice de survenance, des provisions et du forfait médecin traitant (somme de *f*, *g*, et *h*) ;
- j)* Le solde par survenance qui est la différence entre les cotisations hors taxes et nettes de chargements et le total charge de sinistre (différence entre *c* et *i*) ;
- k)* Le rapport de sinistre à prime qui est la division entre le total charge de sinistre et les cotisations hors taxes et nettes de chargements (rapport de *i* et *c*).

8. Éléments statistiques

Pour chaque exercice, les organismes assureurs s'engagent à livrer à la même date que les comptes, les éléments statistiques suivants, pour les parties obligatoires et facultatives :

8.1. Éléments statistiques sur les entreprises

Les éléments suivants seront présentés annuellement :

- nombre d'entreprises adhérentes pour l'exercice N et son évolution depuis la mise en place du régime ;
- répartition par taille d'entreprises pour l'exercice N ;
- répartition par zone géographique pour l'exercice N ;
- répartition par niveau de garantie.

8.2. Éléments statistiques sur les assurés

Les éléments suivants seront présentés annuellement :

- nombre de salariés affiliés pour l'exercice N et son évolution depuis la mise en place du régime ;
- nombre de salariés par niveau de garantie souscrite ;
- nombre d'ayants droit par type d'ayant droit pour l'exercice N et son évolution depuis la mise en place du régime ;
- répartition par âge pour l'exercice N des salariés et des ayants droit ;
- répartition par sexe et CSP pour l'exercice N des salariés.

8.3. Éléments statistiques sur la consommation

Les éléments suivants seront présentés annuellement :

- répartition de la consommation par familles d'actes ;
- répartition de la consommation par niveau de garantie souscrite et par types de bénéficiaires ;
- répartition des frais réels, remboursements complémentaires, nombre d'actes, restes à charges et taux de couverture par familles d'actes.

Un ligne-à-ligne des prestations et des effectifs pourra être transmis au conseil sur demande en même temps que les comptes annuels et prévisionnels.

9. Comptes prévisionnels

Les comptes par survenance prévisionnels sont établis selon les mêmes modalités que les comptes par survenance définis à l'article 7.

Les comptes prévisionnels de l'année en cours seront arrêtés au 31 juillet.

Les organismes recommandés s'engagent à transmettre à l'apériteur les comptes prévisionnels du périmètre les concernant au plus tard le 10 septembre pour la consolidation des comptes.

Les comptes consolidés par l'apériteur seront transmis au conseil le 25 septembre, puis à la branche la première semaine d'octobre.

10. Date d'effet et de fin, révision, durée du protocole et résiliation

10.1. Date d'effet et de fin, révision et durée du protocole

Ce protocole entre en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

Il expire au 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de l'année suivant son expiration.

Les dispositions du présent protocole sont valables en l'état actuel de la législation et de la réglementation. En cas d'évolution de ces dernières, les parties conviennent de se concerter sur les impacts pouvant affecter l'équilibre économique du régime afin de le préserver.

En outre, les parties visent à préserver l'équilibre technique du régime. En fonction des résultats enregistrés, elles procéderont au pilotage du contrat, et pourront modifier les stipulations du présent protocole pour atteindre cet objectif.

En conséquence de ce qui précède, une révision du présent protocole à l'initiative de la partie la plus diligente pourra être notifiée par voie écrite à l'autre partie. Les modifications apportées prendront effet après accord des parties, matérialisé par un avenant de révision.

10.2. Résiliation du protocole

La résiliation du présent protocole ne met pas fin aux contrats d'assurance souscrits par les entreprises de la branche mais aura pour conséquence d'exclure les entreprises du périmètre de mutualisation de la branche défini à l'article 2.

10.2.1. Résiliation en cas de manquement d'une des parties

À défaut du respect de l'une des clauses du présent protocole, le ou les organismes assureurs pourront faire part de leur décision commune de le résilier, sous réserve de la notification par lettre recommandée avec accusé de réception à chacune des parties au présent protocole.

La résiliation sera effective au plus tôt 3 mois après envoi de la lettre.

En l'absence de consensus de l'ensemble des organismes assureurs, ce droit de résiliation est ouvert à chacun des organismes assureurs. Le protocole continuera de produire ses effets à l'égard des parties subsistantes qui y resteront tenues.

S'appliqueront alors les modalités définies à l'article 6 pour le ou les organismes assureurs ayant notifié leur résiliation.

10.2.2. Résiliation hors cas de manquement

Pour quelque motif que ce soit, les partenaires sociaux et l'ensemble des organismes assureurs ont la possibilité de résilier le présent protocole au plus tard le 30 septembre de chaque année, pour une résiliation effective au 31 décembre de l'année.

La décision de résiliation sera notifiée à chacune des parties au présent protocole par lettre recommandée avec avis de réception.

S'appliquent alors les modalités définies à l'article 6.

Dans l'hypothèse où l'un des organismes assureurs dénoncerait individuellement son acceptation de la recommandation le concernant, dans les mêmes conditions de forme et de délais susvisés, il bénéficiera de la résiliation de plein droit du présent protocole.

Les organismes assureurs subsistants, ainsi que les partenaires sociaux s'engagent à conclure un nouveau protocole technique et financier prenant effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la résiliation de(s) l'organisme(s) assureur(s) partant(s).