
Brochure n° 3011 | Convention collective nationale

IDCC : **700** | **PRODUCTION DES PAPIERS, CARTONS ET CELLULOSES**
(Ingénieurs et cadres)

Brochure n° 3250 | Convention collective nationale

IDCC : **1495** | **TRANSFORMATION DES PAPIERS-CARTONS ET INDUSTRIES**
CONNEXES
(OEDTAM)

Brochure n° 3242 | Convention collective nationale

IDCC : **1492** | **PRODUCTION DES PAPIERS-CARTONS ET CELLULOSES**
(OEDTAM)

Brochure n° 3068 | Convention collective nationale

IDCC : **707** | **TRANSFORMATION DES PAPIERS-CARTONS**
ET DE LA PELLICULE CELLULOSIQUE
(Ingénieurs et cadres)

Accord du 9 avril 2020

relatif aux frais de santé

NOR : ASET2050499M

IDCC : 700, 707, 1492, 1495

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UNIDIS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FIBOPA CFE-CGC ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Dans une démarche d'attractivité des branches concernées, les partenaires sociaux ont engagé des négociations afin que les entreprises relevant du champ d'application du présent accord offrent à l'ensemble de leurs salariés une couverture complémentaire frais de santé obligatoire qui soit plus avantageux que le régime minimal légal.

Les parties signataires ont ainsi entendu, par le présent accord, définir le montant de la cotisation minimale, ainsi que la répartition employeur/salarié de la cotisation.

Article 1^{er} | *Objet de l'accord*

Le présent accord a pour objet de fixer un montant minimum de cotisation que les entreprises devront consacrer à la mise en place d'un régime frais de santé au niveau de la branche production/transformation papier carton.

Celles-ci seront libres de choisir – selon les modalités de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale – la couverture qu'elles souhaitent mettre en œuvre dans ce cadre et l'organisme assureur auprès duquel elles s'affilieront.

Article 2 | *Champ d'application de l'accord*

Le présent accord est conclu dans les champs d'application suivants :

- n° 3242 (IDCC 1492) : convention collective nationale des OETAM de la production des papiers, cartons et celluloses du 20 janvier 1988 ;
- n° 3250 (IDCC 1495) : convention collective nationale des OETAM de la transformation des papiers et cartons et des industries connexes du 16 février 1988 ;
- n° 3011 (IDCC 0700) : convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la production des papiers, cartons et cellulose du 4 décembre 1972 ;
- n° 3068 (IDCC 0707) : convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la transformation des papiers, cartons et de la pellicule cellulosique du 21 décembre 1972.

Conformément aux dispositions légales, les accords d'entreprise en vigueur existants au jour de l'application du présent accord et prévoyant des garanties au moins équivalentes ne sauraient être mis en cause, l'équivalence des garanties s'appréciant par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Article 3 | *Financement du régime*

Les entreprises devront consacrer un montant minimal de cotisations à l'instauration d'une couverture complémentaire frais de santé.

La cotisation minimale à un régime frais de santé pour la couverture du salarié seul est fixée à 1,48 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par mois au total, à répartir entre employeur et salarié dans les conditions fixées ci-après.

Néanmoins, afin de tenir compte des spécificités du régime local d'Alsace-Moselle et de ne pas créer de disparités sur l'ensemble du territoire national, pour les entreprises dont les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle, le montant de cette cotisation minimale est de 0,81 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par mois.

La cotisation prévue par le présent accord ne se cumule pas avec les cotisations pour financer un régime frais de santé qui peuvent déjà exister dans les entreprises.

Les cotisations mentionnées ci-dessus incluent les taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation et telles qu'elles sont en vigueur à la date d'application du présent accord. Elles comprennent le financement du dispositif de portabilité.

Article 4 | Répartition de la cotisation

Les cotisations minimales au régime frais de santé définies à l'article 3 (y compris pour les entreprises relevant du régime local Alsace-Moselle) sont réparties de la manière suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

Cette répartition de financement salarial s'impose aux salariés des entreprises visées dans le présent accord sauf dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5 ou des cas de dispenses d'affiliation légaux ou conventionnels.

Article 5 | Application du présent accord dans les entreprises

Les entreprises devront souscrire à date d'effet du présent accord un contrat en conformité avec les présentes obligations.

Il est entendu qu'il est possible au sein d'une entreprise de l'une des conventions collectives visée par le présent accord de définir, selon les modalités de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- une cotisation supérieure à celle prévue à l'article 3 du présent accord ;
- et/ou une répartition du financement mentionnée à l'article 4 plus favorable aux salariés.

À titre d'exemple, certains assureurs et mutuelles proposent, comme indiqué en annexe, des garanties pour la cotisation minimale prévue à l'article 3. Des options complémentaires au régime de base peuvent être proposées, selon les exemples présentés en annexe au présent accord. Cette annexe ne s'impose pas aux entreprises.

Dans un second temps, les organisations syndicales s'engagent à travailler à partir du second semestre 2020 sur une grille de garanties spécifique, en lien avec un actuaire. Ce travail pourrait aboutir à une recommandation de branche.

Article 6 | Procédure de dépôt et d'extension

Le présent accord sera soumis à la procédure d'extension par la partie la plus diligente en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Dans le cadre de cette demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie ou ne nécessite pas de mesures spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés ou un traitement différencié parce qu'il a pour but d'harmoniser les pratiques des entreprises et d'éviter toute distorsion de concurrence.

En application des dispositions des articles L. 2241-8 et L. 2241-17 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord a pris en compte l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Les entreprises nouvellement créées relevant du champ d'application du présent accord disposeront de 6 mois pour se conformer au présent accord à compter de leur immatriculation.

Article 7 | Suivi de l'accord

Les parties signataires conviennent que la commission prévue par l'accord du 25 février 2013 relatif à la prévoyance conventionnelle sera compétente pour assurer le suivi du présent accord.

Article 8 | Date d'application de l'accord

Le présent accord entrera en vigueur le premier jour du 6^e mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Article 9 | Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Fait à Paris, le 9 avril 2020.

(Suivent les signatures.)

GARANTIES CCN POUR LE PERSONNEL DES INDUSTRIES DU CARTONNAGE DU 9 JANVIER 1969 (IDCC 489)

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et des prestations fixées par les articles L371-1 et L312-1 et leurs textes d'application des lois de 1969 et de 1984 relatives à la Sécurité Sociale. Elles sont destinées à être complétées par les dispositions des Presses du Nord (IDCC 489) et des Presses du Sud (IDCC 490) en fonction de la situation géographique des bénéficiaires. Les Garanties expirées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées. Les conjoints peuvent bénéficier de ces garanties dans les mêmes conditions que les salariés bénéficiaires.

| NATURE DES GARANTIES | PRESTATIONS (1) | | | PRESTATIONS (1) | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | Garanties Conventioneelles (base) à 1,48 % du PMSS | Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Garanties Conventioneelles (Option 2) à 2,01 % du PMSS + 1,10 % du PMSS par enfant | Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO |
| HOSPITALISATION (y compris maternité) | | | | | | |
| Forfait Journalier Hospitalier | | 100% FR | | | | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) |
| Frais de séjour | | 250 % BR | | | 100% FR | |
| Honoraires (consultations et actes) | | | 200 % BR | | 500 % BR | 450 % BR |
| Chambre particulière non remboursés par le RO | | | 60 € par jour | | 80 € par jour | 100 € par jour |
| Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursés par le RO | | | 60 € par jour | | 80 € par jour | 100 € par jour |
| Participation forfaitaire (actes bursés) | | 100 % FR | | | 100 % FR | |
| SOINS COURANTS (y compris maternité) | | | | | | |
| | Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO | Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO |
| Honoraires médicaux | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) | (avec dépassement d'honoraires maîtrisés) |
| - Consultations et visites de généraliste | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 130 % BR | 200 % BR | 180 % BR |
| - Consultations et visites de spécialiste | 170 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 175 % BR | 250 % BR | 200 % BR |
| - Actes techniques médicaux | 170 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 175 % BR | 300 % BR | 200 % BR |
| - Actes d'imagerie médicale | 170 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 175 % BR | 300 % BR | 200 % BR |
| Honoraires paramédicaux | 150 % BR | 200 % BR | 200 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 200 % BR |
| Analyses et examens de laboratoire | 150 % BR | 200 % BR | 200 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 200 % BR |
| Médicaments | 100 % BR | 100 % BR | | | | |
| - Médicaments remboursés par le RO | | | 100 € par an et par bénéficiaire | | | 100 % BR |
| - Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO | Naïnt | | 100 € par an et par bénéficiaire | | | 150 € par an et par bénéficiaire |
| - Contraceptions prescrites mais non remboursés par le RO | Naïnt | | 150 € par an et par bénéficiaire | | | 150 € par an et par bénéficiaire |
| - Patch anti-tabac | Naïnt | | 100 % BR + 600 € par an et par bénéficiaire | | | 100 % BR + 800 € par an et par bénéficiaire |
| Matériel médical | 100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire | | | | | |
| ANDES AUDITIVES | Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée. | | | | | |
| | A compter du 01/01/2021 : 100% FR * | | | A compter du 01/01/2021 : 100% FR * | | |
| Équipement « 100% SANTÉ » * | Jusqu'au 31/12/2020 : | | | Jusqu'au 31/12/2020 : | | |
| | 100 % BR + 400 € par oreille appareillée | | | 100 % BR + 400 € par oreille appareillée | | |
| | A compter du 01/01/2021 : 100% FR + 100€ par oreille appareillée | | | A compter du 01/01/2021 : 100% FR + 100€ par oreille appareillée | | |
| Équipement Hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre * | 100 % BR + 400 € par oreille appareillée, hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre | | | 100 % BR + 400 € par oreille appareillée, hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre | | |
| | A compter du 01/01/2021 : 100% FR + 100€ par oreille appareillée, hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre | | | A compter du 01/01/2021 : 100% FR + 100€ par oreille appareillée, hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre | | |
| | 100 % BR + 400 € par oreille appareillée, hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre | | | 100 % BR + 400 € par oreille appareillée, hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre | | |
| | compris le remboursement RO | | | compris le remboursement RO | | |
| Matériel médical aides auditives, consommables, piles et accessoires | Telle que définie à la garantie Matériel médical | | | Telle que définie à la garantie Matériel médical | | |

Régime Obligatoire: Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement conventionnelle. L'institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

RBR: Base de remboursement conventionnelle. L'institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

FR: Frais réels.

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Ostéodentaire L'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit réglementaire à dépessement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.santee.ameli.fr/>

Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

Le régime obligatoire de sécurité sociale est défini par la loi relative à l'accès à la couverture maladie universelle (CMU) et par la loi relative aux droits de la personne handicapée. Les offres sont soumises à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur de la Loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté d'exercice de la profession médicale, les honoraires étaient plafonnés à 100% Santé + prépaiement de la Sécurité sociale.

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1er janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Précisions sur les garanties :

12) Choix du praticien implant dentaire : L'institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé. Les prothèses implant sont garanties au titre du poste "prothèse dentaire".

13) Prothèses dentaires : Les dépenses médicales remboursées par la Régime Obligatoire au titre de la Prestation sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties.

Cure thermique : Le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, du forfait de transport et d'hébergement (nuitée) à l'installation des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties.

Durée maximale : Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.