

**Avenant n° 5 du 16 novembre 2020**  
à l'accord du 15 septembre 2015  
relatif au régime de remboursement des frais de santé

NOR : ASET2150208M

IDCC : 3016

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

**SYNESI,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CGT ;**

**CFDT ;**

**SOLIDAIRES,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les partenaires sociaux réunis au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la convention collective nationale des ateliers et chantiers d'insertion (IDCC 3016) ont souhaité faire évoluer le régime frais de santé mis en place au profit des salariés relevant des ateliers et chantiers d'insertion (ACI) par l'accord national du 15 septembre 2015 relatif au remboursement des frais de santé, modifié en dernier lieu par l'avenant n° 4 du 5 novembre 2019.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national en recommandant trois organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, pour assurer la couverture des garanties frais de santé.

Conformément aux dispositions légales, les organismes recommandés ne pourront refuser l'adhésion d'une structure relevant du champ d'application de l'accord. Ils seront tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les structures et pour tous les salariés concernés.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives commun aux trois assureurs choisis.

Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative, communs aux trois organismes assureurs recommandés, conclus dans les mêmes conditions.

Cet avenant a pour effet de modifier l'accord du 15 septembre 2015 ainsi que les avenants y afférents.

## Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application

À l'instar de la définition du champ d'application prévue au titre I<sup>er</sup> de la convention collective nationale des ACI telle que modifiée en janvier 2020, le présent avenant couvre l'ensemble du territoire national tel que défini à l'article L. 2222-1 du code du travail.

## Article 2 | Cotisations

Les dispositions de l'article 5.2 « Modalités de cotisation dans le cadre des contrats souscrits auprès des organismes recommandés » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation "isolé" »

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives. Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations mensuelles servant au financement du remboursement des frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

La cotisation obligatoire du salarié et les cotisations facultatives (facultatif salarié et extension ayants droit) sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

- **Salariés relevant du régime général de Sécurité sociale**

REGIME GENERAL					
Régime souscrit par l'entreprise	ACTIFS (Taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)		SALARIE	FACULTATIF	
				CONJOINT	ENFANT (1)
FORMULE BASE 1	Obligatoire salarié	Base 1 (= contrat obligatoire)	0,96%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 1		1,08%	0,66%
	Facultatif salarié	+ Base 2	+ 0,23%	+ 0,25%	+ 0,12%
		+ Base 3	+ 0,53%	+ 0,62%	+ 0,28%
FORMULE BASE 2	Obligatoire salarié	Base 2 (= contrat obligatoire)	1,17%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 2		1,31%	0,77%
	Facultatif salarié	+ Base 3	+ 0,30%	+ 0,37%	+ 0,16%
FORMULE BASE 3	Obligatoire salarié	Base 3 (= contrat obligatoire)	1,41%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 3		1,61%	0,89%

(1) gratuité à partir du 3ème enfant

- **Salariés relevant du régime local d'Alsace Moselle**

REGIME LOCAL					
Régime souscrit par l'entreprise	ACTIFS (Taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)		SALARIE	FACULTATIF	
				CONJOINT	ENFANT (1)
FORMULE BASE 1	Obligatoire salarié	Base 1 (= contrat obligatoire)	0,58%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 1		0,65%	0,36%
	Facultatif salarié	+ Base 2	+ 0,23%	+ 0,25%	+ 0,12%
		+ Base 3	+ 0,53%	+ 0,62%	+ 0,28%
FORMULE BASE 2	Obligatoire salarié	Base 2 (= contrat obligatoire)	0,74%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 2		0,88%	0,46%
	Facultatif salarié	+ Base 3	+ 0,30%	+ 0,37%	+ 0,16%
FORMULE BASE 3	Obligatoire salarié	Base 3 (= contrat obligatoire)	0,98%	-	-
	Extension ayants-droit	Base 3		1,18%	0,58%

(1) gratuité à partir du 3ème enfant

Les taux de cotisations sont définis pour une période de 2 ans, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022. Toute modification du ou des taux de cotisations proposée par les organismes assureurs recommandés devra faire l'objet d'une révision du présent avenant. »

### Article 3 | Tableau des garanties

Les dispositions de l'article 6.1 « Tableau des garanties » et les avenants y afférents sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

(Voir page suivante.)

PRESTATIONS	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRECISIONS
Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO* dès lors qu'elle intervient				
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique)				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	120% BR	125% BR	150% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, actes techniques médicaux et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Séjours				
- Frais de séjour	100% BR	125% BR	150% BR	
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des établissements médico-sociaux (EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, maisons de retraite, MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière	Néant	0,75% PMSS* par jour	1,25% PMSS par jour	En secteur conventionné. Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (=ambulatoire).
- Lit d'accompagnant	Néant	0,75% PMSS par jour	1,25% PMSS par jour	En secteur conventionné. Forfait par nuitée pour l'accompagnant d'un assuré de moins de 14 ans ou de 70 ans et plus.
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes				
- Médecins signataires DPTM	120% BR	120% BR	120% BR	
- Médecins non signataires DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	150% BR	170% BR	200% BR	
- Médecins non signataires DPTM	130% BR	150% BR	180% BR	

Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE)				
- Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	
- Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)				
- Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	
- Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100% BR	100% BR	125% BR	
Analyses et examens de laboratoire				
- Remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	125% BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important*	100% BR	100% BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré*	100% BR	100% BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible*	15% BR	100% BR	100% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	100% BR	125% BR	150% BR	
- Prothèse capillaire :				
• Classe 1	350 €	350 €	350 €	
• Classe 2	250 €	350 €	450 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
• Hors Classe	0 €	100 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO</b>	Néant	Néant	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>Transport prescrit et remboursé par l'AMO</b>	100% BR	100% BR	100% BR	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (Service médical d'urgence régionale)
<b>Participation du patient</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €

DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) - Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
- Panier 100% santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Actes soumis à des honoraires limites de facturation (HLF*).
Panier à honoraires maîtrisés et Panier à honoraires libres - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé				
- Soins, actes et consultations	100% BR	100% BR	100% BR	Panier à honoraires maîtrisés soumis à des honoraires limites de facturation.
- Inlays-onlays	125% BR	150% BR	175% BR	
- Inlays-core	125% BR	125% BR	150% BR	
- Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	150% BR	225% BR	300% BR	
- Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents non visibles : molaires	125% BR	175% BR	250% BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Parodontologie	200 €	300 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Implantologie	200 €	300 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Orthodontie remboursée par l'AMO	150% BR	200% BR	250% BR	Par semestre de traitement et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : · Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). · Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. · Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.				

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Prise en charge de la monture dans la limite de 100 €.

Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) - Classe A - Soumis à des prix limites de vente (PLV*)				Le professionnel de santé a l'obligation de proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
- Monture	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Verres (tous types de correction)				
- Prestations d'appairage				Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)				
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) - Classe B - Tarifs libres				
- Monture	90 €	100 €	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur.
- Verre simple	Voir Grille Optique Base 1	Voir Grille Optique Base 2	Voir Grille Optique Base 3	
- Verre complexe				
- Verre très complexe				
Prestation d'adaptation verres de classe B	100% BR	100% BR	100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe B (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	100 €	150 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Après épuisement du forfait, les lentilles remboursées sont prises en charge à hauteur de 100% BR (remboursement total : AMO + AMC) Sur prescription médicale. Y compris les lentilles jetables.
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	250 €	500 €	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.

AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
<b>Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>			Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.	
- Aides auditives	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
<b>Equipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres</b>				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	121% BR	121% BR	121% BR	Remboursement plafonné à 1700 € TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
- Aides auditives pour les plus de 20 ans	250% BR	425% BR	425% BR	
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations</b>	100% BR	100% BR	100% BR	
<b>PREVENTION, BIEN ETRE ET SERVICES</b>				
<b>Actes de prévention</b>	100% BR	100% BR	100% BR	Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.
<b>Médecines douces : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS – neurostimulation électrique transcutanée, Hypnose médicale, Etiopathie, Réflexologie, Sophrologie</b>	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 5 par année civile)	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances déterminé par le niveau de garantie souscrit. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée établie par le professionnel sous réserve qu'elle comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigé. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
<b>Cures thermales remboursées par l'AMO : soins, transport, hébergement</b>	Néant	100% BR	100% BR	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, transport et hébergement.
<b>Assistance</b>	OUI	OUI	OUI	Se référer à la Notice d'Information Assistance

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01/01/2021.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.



\* Abréviations : **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / **BRR** : Base de remboursement reconstituée. / **DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : **OPTAM** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) **OPTAM-CO** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / **FR** : Frais réels. / **SMR** : Service Médical Rendu : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / **HLF** : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / **PLV** : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

FORFAIT PAR VERRE, y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur		Grille optique BASE 1		Grille optique BASE 2		Grille optique BASE 3	
VERRES SIMPLES		Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
VERRES UNIFOCAUX	Verre unifocal sphérique, sphère de -6 à +6	60 €	80 €	70 €	90 €	80 €	100 €
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -6 à 0	85 €	90 €	95 €	100 €	105 €	110 €
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 6	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €
VERRES COMPLEXES		Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
VERRES UNIFOCAUX	Verre unifocal sphérique, sphère < -6 ou > +6	85 €	100 €	95 €	110 €	105 €	120 €
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -6 à 0	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -6	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	140 €
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 6	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	140 €
VERRES MULTIFOCAUX	Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de -4 à +4	120 €	150 €	130 €	160 €	140 €	170 €
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -8 à 0	130 €	160 €	140 €	170 €	150 €	180 €
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 8	130 €	160 €	140 €	170 €	150 €	180 €
VERRES TRES COMPLEXES		Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
VERRES MULTIFOCAUX	Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de < -4 à ou > +4	120 €	160 €	130 €	170 €	140 €	180 €
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -8 à 0	120 €	160 €	130 €	170 €	140 €	180 €
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -8	130 €	170 €	140 €	180 €	150 €	190 €
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 8	130 €	170 €	140 €	180 €	150 €	190 €

Les structures relevant du champ d'application du présent avenant, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, devront respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte. »

#### Article 4 | Recommandation

Les dispositions de l'article 8 « Organismes assureurs recommandés » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

(Voir page suivante.)

« Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties "frais de santé" prévues pour les salariés des ACI, les organismes assureurs suivants :

- Groupe AÉSIO : union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du livre I du code de la mutualité. Immatriculé au répertoire SIRENE sous le n° 821 965 241 dont ADRÉA mutuelle, APRÉVA mutuelle et EOVI-MCD mutuelle sont membres. Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n° 16006968. Siège social : 25, place de la Madeleine, 75008 Paris ;
- Malakoff Humanis prévoyance : institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, 21, rue Laffitte, 75009 Paris, N° SIREN 775 691 181.

Les deux organismes assureurs précités sont co-assureurs entre eux dans le cadre d'un groupement de coassurance. Le groupe AÉSIO assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale pour le compte du groupement AÉSIO - Malakoff Humanis ;

- Harmonie mutuelle, Groupe VYV, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- Harmonie mutuelle confie l'interlocution commerciale au groupe VYV, immatriculé au répertoire SIRENE sous le n° 532 661 832, siège social : 33, avenue du Maine, 75014 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation 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 avenant. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance. »

## **Article 5 | Effet et durée**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, sous réserve de la période quinquennale définie à l'article 4 et dans le respect de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent avenant et s'affilier avant cette date au régime conventionnel de frais de santé auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. Les dispositions du présent avenant visent à assurer une couverture « frais de santé » à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, quelle que soit la taille des structures qui les emploient.

Le suivi de cet avenant sera assuré par la commission paritaire nationale de prévoyance et frais de santé qui se réunira au moins une fois dans les 6 mois de l'entrée en vigueur du présent avenant. En outre, une réunion pourra être organisée, à la demande de l'une des parties représentatives au niveau de la branche, pour dresser un bilan de l'application de cet avenant et de l'accord de 2015.

L'accord pourra être modifié dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

## **Article 6 | Dépôt et demande d'extension**

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail, extension que les parties signataires s'engagent à demander sans délai.

*Fait à Paris, le 16 novembre 2020.*

(Suivent les signatures.)